benessere tecnologia società

Annalisa Plava

Il peso dell'infanzia

Una ricerca sociologica su abitudini alimentari e obesità

FrancoAngeli

collana benessere tecnologia società

Direzione scientifica: Antonio Maturo (Università di Bologna)

Lo sviluppo tecnologico appare oggi in accelerazione esponenziale, soprattutto grazie al digitale. Comunicazioni, pratiche sociali e culture si presentano come forme simboliche sempre più elusive, evanescenti e cangianti. L'ambito della salute è una delle dimensioni più investite dalle scoperte e dalle nuove applicazioni. Possiamo utilizzare lo smartphone per curarci, fare prevenzione, migliorarci. In generale, possiamo raccogliere big data su noi stessi. Ovviamente, anche le organizzazioni e le professioni si giovano delle nuove possibilità. Parallelamente, il discorso sulla salute si estende oltre la medicina e la malattia per abbracciare le dimensioni dello stare bene e della qualità della vita. In altri termini, accanto alla cura, prendono corpo interventi istituzionali, aziendali e di altre organizzazioni volti ad accrescere il benessere (well-being) delle persone e la loro felicità. Non va tuttavia dimenticato che il "soluzionismo tecnologico" non ha inciso molto sulle grandi e gravi diseguaglianze sociali e che i bramini della rete hanno spesso alimentato aspettative irrealistiche. La stratificazione sociale condiziona ancora pesantemente i destini individuali.
In questo contesto, la Collana BTS – aperta anche a tematiche relative al welfare e al benessere sociale nella sua accezione più ampia – attraverso contributi sociologici rigorosi, ma scritti con uno stile divulgativo, vuole proporre modelli teorici, ricerche empiriche e strumenti operativi per analizzare e intervenire su questa mutevole realtà sociale.

I manoscritti proposti sono sottoposti a referaggio in doppio cieco.

benessere tecnologia società

Annalisa Plava

Il peso dell'infanzia

Una ricerca sociologica su abitudini alimentari e obesità

FrancoAngeli

Indice

Al Mio

Papà.

Il Mio eccesso

ponderale d’Amore

 ISBN 9788835157397

Introduzione

A settembre 2022, un articolo di giornale intitola: "Fat bus (…) ecco l'opera d'arte che regala hot dog". Erwin Wurm, noto artista austriaco, installa a Firenze Santa Maria Novella un bus-scultura che distribuisce gratis, per una settimana, *hot dog* a tutti i passanti inaugurando la *Florence Art Week* e, a seguire, la mostra *Trans Formam*. Si tratterebbe – continua l'articolo – di *giocare in modo provocatorio su alcuni dei problemi più gravi del mondo contemporaneo tra cui quello dell'obesità*[1]. Inizialmente, tale provocazione risulta incomprensibile. Nella storia dell'arte, infatti, l'obesità è sempre stata raffigurata, pur con connotazioni differenti, mediante le caratteristiche fisiche delle persone. Dall'eroe celtico-germanico ingordo e insaziabile, alla serenità dei putti (o amorini) del Rinascimento e del Barocco sino alla calma apparente degli uomini, donne e bambini *extra-large* di Botero. Nessuno prima, aveva mai avuto la necessità di rappresentare l'obesità mirando alla sua componente sociale. Specie nella società occidentale – sostiene l'artista – *viviamo in un sistema in cui è il contenuto che cambia cambiando la forma*[2]. Le opere di Wurm, attraverso l'alterazione della loro abituale versione, ritraggono, per la prima volta, l'obesità mediante i fattori sociali che la influenzano: l'auto, il cibo, la casa, il consumismo. Una critica pungente al modo in cui attualmente affrontiamo il benessere, la ricchezza, l'abbondanza in un mondo che richiede di continuare ad "avere appetito" rimanendo magri. Ecco che nell'ironico caos confusionale di Wurm, la trasformazione del corpo obeso non è più solo una questione individuale ma anche sociale.

La ricerca presentata in questo volume nasce con lo scopo di comprendere quali fattori sociali facilitano, ostacolano e influenzano le scelte alimentari e gli stili di vita delle famiglie con bambini tra 6 e 11 anni. Più specificatamente, individuare quali fattori sociali possano promuovere il consumo di cibi biologici e quali invece ne stimolano di ipercalorici, analizzare il grado di consapevolezza delle scelte, comprendere in quali famiglie si presentano le maggiori problematicità, come influiscono i media e il digitale negli stili alimentari degli bambini, stimare l'efficacia delle politiche perseguite sul territorio. In corso d'opera è arrivato il COVID-19. Comprensibilmente, è stato necessario ripensare lo studio, includendo e approfondendo gli effetti sociali dei *lockdown* e delle altre misure per la Salute Pubblica prese per contrastare la pandemia.

L'obesità infantile è uno dei più seri problemi di salute pubblica del XXI secolo (COSI, 2021), ma quanto situazioni nuove e pregresse di eccesso ponderale – insieme ad abitudini originate o imposte dalle misure di contenimento – si siano mescolate alla pandemia da COVID-19, sono elementi ancora in corso di studio. In questo volume, si è provato a "pesare" l'obesità infantile attraverso le abitudini alimentari e gli stili di vita posti sulla bilancia delle famiglie riminesi con figli tra 6 e 11 anni anche durante la pandemia. E al netto, si è cercato di mostrare come e quali variabili sociali abbiano impattato sulla salute sociale – alimentare, comportamentale ed economica – della realtà romagnola.

[1] Cfr. www.lanazione.it/firenze/cronaca/fat-bus-a-firenze-ecco-l-opera-d-arte-che-regala-hot-dog-1.8093244.

[2] Vedi www.elledecor.com/it/arte/a41384784/mostra-erwin-wurm-firenze/.

Per delineare una panoramica, il World Health Organization (WHO) evidenzia come il 30% della popolazione in età pediatrica nel mondo sia obesa o gravemente obesa. Si tratta di una tendenza che, negli ultimi 40 anni, è aumentata di dieci volte. Con stime tra 38-43%, l'Italia è tra i paesi europei che ne detengono la più alta prevalenza nella fascia 6-11 anni (COSI, 2022). Se tale prevalenza continuerà ad aumentare con lo stesso ritmo, quasi metà della popolazione adulta sarà obesa o sovrappeso entro il 2030 (Mc Kinsey Global Institute, 2014). Sovrappeso e obesità rappresentano un importante fattore di rischio di malattie croniche e, se presenti in età pediatrica, si associano a una più precoce insorgenza di patologie tipiche dell'età adulta. L'eccesso di peso è responsabile del 5% delle morti mondiali, della riduzione dell'aspettativa di vita di circa 3 anni e del 7% di anni vissuti con disabilità (WHO, 2021b; OECD, 2019). E, recentemente (WHO, 2022a) anche di una maggiore morbilità e mortalità da COVID-19.

La semantica biomedica, sin dalla tradizione classica, ha riconosciuto nella *pinguedo* una particolare condizione del corpo in cui vi è accumulo di grasso (Castelli, 1642). Con la parola latina *obesitas*, circolata a partire dal 1690, se ne è cristallizzato, poi, il concetto. *Obedere,* infatti, significa sia "mangiare in eccesso", "divorare" che assenza di esercizio, condurre una vita troppo oziosa e rilassata (Adelon, 1812). Inoltre, già Ippocrate (460-377 a.C.) e il chirurgo indiano Suśruta (800-700 a.C.) ne diedero una interpretazione medica. Il primo descrisse la corpulenza non come *una malattia in sé, ma il presagio di altre* mentre il secondo la collegò alle malattie cardiache e al diabete raccomandando il *lavoro fisico* per curarne gli effetti collaterali.

Nella semantica sociale, al contrario, l'obesità si è prestata e si presta, continuamente, ad un linguaggio in cambiamento, temporale, geografico, culturale, tra ideologie contrapposte. Prentice (2006), nella ricostruzione dell'emergere dell'epidemia di obesità, sottolinea come nei paesi sviluppati tale fenomeno abbia avuto origine in America, poi sia penetrato anche in Europa e nelle altre nazioni, prima come problema delle aree urbane ricche del mondo per poi divenire, sempre più, una "malattia dei poveri". Popkin e altri autori (2012), invece, ne approfondiscono lo "stigmatismo sociale" ovvero il grado di colpevolizzazione che la società impartisce davanti all'eccesso di peso. L'obesità è stata a lungo espressione di ricchezza e prosperità tra gli alti funzionari delle antiche civiltà o tra le popolazioni che lottavano contro la scarsità di cibo. Ha fatto emergere le radicali contraddizioni di una società che mediante l'esaltazione del "corpo civilizzato", impartì un modo per gerarchizzare il valore di ogni essere umano. Così grassi potevano esserlo solo gli uomini, bianchi ricchi e potenti non le loro donne. Grasso, insieme al colore scuro della pelle e alla povertà divenne un segno degradante e di anormalità, motivo per ridicolizzare o esporre al pubblico ludibrio (Farrell, 2020).

L'obesità separa, oggi, le società che la connotano negativamente e quindi cercano di prevenirla e curarla rispetto a quelle che, al contrario, la considerano una forma di bellezza e benessere sociale (Popkin *et al.*, 2012). *Globesity*, questo il nome che il WHO nel 2001 ha assegnato al fenomeno, su scala globale, è il punto temporale, geografico e culturale da cui, all'interno di questo percorso di ricerca, si sta analizzando l'obesità. Un fenomeno le cui cause sono molteplici e interdipendenti. Un fenomeno "endemico", solo recentemente, riconosciuto anche come "malattia cronica recidivante" (Burki, 2021) dalla eziologia estremamente variabile e le cui malattie correlate (es. diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari, cancro, infertilità) ammonterebbero a circa il 20% della spesa sanitaria. Un fenomeno radicato sull'intero globo che, negli ultimi anni, ha avuto una crescita importante nei paesi in via di sviluppo, con un di oltre il 30%, rispetto ai paesi sviluppati (WHO, 2021b). Un fenomeno che, durante le misure di contenimento e la sospensione dei programmi scolastici in presenza – causati dal COVID-19 – ha avuto un impatto consistente su

bambini e adolescenti sul piano fisico, cognitivo e sociale (Zemrani *et al.*, 2021; Hoffman, Miller, 2020; Rundle *et al.*, 2020). Parlando, di conseguenza, anche di *Global Syndemic* (Swinburn *et al.*, 2019), l'incontro sinergico tra epidemie che coesistono nel tempo e nello spazio e interagiscono tra loro per produrre sequele di salute complesse.

Il volume è costituito da 8 capitoli. I primi due introducono le fondamenta teoriche che sostengono questa ricerca. Si affrontano prima gli aspetti socio-epidemiologici dell'obesità e poi il dialogo tra prospettive dell'obesità all'interno della sociologia. La cornice teorica su cui ci si muove è orientata verso la prospettiva del corso di vita - life course perspective (Cappellato, Moiso, 2020) ossia l'analisi delle traiettorie di vita individuali che considerano tutti quegli eventi dell'infanzia e dell'adolescenza che hanno effetti sulla salute fisica, cognitiva e sociale di un individuo nel corso degli anni successivi. L'obesità infantile, a tal proposito, conduce, approssimativamente, più di un terzo dei bambini e circa la metà degli adolescenti non solo a mantenere una condizione di eccesso ponderale anche da adulti (Longo, 2020) ma ad esporli ad un rischio di salute piuttosto cagionevole. In linea con la political economy dei prodotti e delle industrie alimentari, poi, si pone il focus sulla qualità e la quantità degli alimenti consumati. Cibi sempre più grassi, zuccherati e palatabili (Moss, 2013) risultano in aumento vertiginoso. Il cibo prodotto su larga scala, spesso junk, è inoltre molto economico, distribuito in grosse porzioni ma anche sponsorizzato dalle abili campagne mediatiche delle corporation che riescono a far passare cibi ipercalorici per alimenti salutari (Nestle, 2019). Il mutamento degli stili di vita (Sullivan, 2010) sostiene, invece, l'interpretazione del quadro su attività fisica, sedentarietà e "schermi". Per lo più per effetto dei mutamenti nella sfera del lavoro e dello sviluppo tecnologico, non c'è un'epoca che abbia contemplato, per la popolazione – soprattutto infantile – così poca attività fisica e così tanta sedentarietà. Un nodo centrale ruota, poi, intorno alle diseguaglianze sociali (Cardano 2008). Lo status socio-economico e le possibilità offerte dai genitori, infatti, possono influire sul fisico del bambino. Spesso i cibi obesogeni sono meno costosi e più raggiungibili dei cibi sani. Inoltre, un tipo di consumo alimentare sopra i toni può assolvere a una funzione di gratificazione immediata nel caso di persone con pochi mezzi per trovare altre forme di piacere. Le classi sociali con livelli di istruzione e reddito più elevati, pertanto, non solo mangiano meglio ma possiedono un capitale culturale di salute (Shim, 2010) e una alfabetizzazione sanitaria (Kickbush, Maag, 2007) che permettono di condurre vite, consapevolmente, più sane e fisicamente più attive (Phelan *et al.*, 2010). In ultimo, ma non per importanza, la letteratura sugli studi biologico-evolutivi che assegna alla madre la responsabilità di confezionare un'eredità salutare e genetica al figlio. Secondo questo filone scientifico, le condizioni di vita, di salute e nutrizione della madre, nel periodo intrauterino, delineano i possibili rischi di mortalità e malattie metaboliche dei figli (Hales, Barker 2013). Per millenni, poi, attraverso la selezione naturale, siamo stati evolutivamente portati alla ritenzione del grasso attraverso il cosiddetto "gene risparmiatore" (Baig *et al.*, 2011). Tuttavia i nostri corpi non si sono adattati alle mutate condizioni ambientali e stili di vita sedentari (Sullivan, 2010; Popkin, 2009).

Negli ultimi sei capitoli, si affronta il processo empirico dello studio sul territorio riminese. Il terzo capitolo esplica le scelte di natura metodologica compiute in fase di disegno della ricerca. Le riflessioni vengono tenute insieme dal paradigma realista (critico) o postpositivista e dall'approccio life course per la comprensione del fenomeno dell'obesità infantile. Gli ultimi cinque capitoli, sono dedicati alla presentazione dei risultati emersi dall'analisi del materiale empirico raccolto. Lo studio – che tra le pagine di questo volume viene presentato – si svolge in Emilia-Romagna e, nello specifico, nella città di Rimini. Se da un lato i risultati regionali dell'indagine

"Okkio alla Salute" (SSRER, 2019a) evidenziano un 27% di bambini con eccesso ponderale; dall'altro un recente rapporto del WHO (2019a) valuta la regione quale Italian country example per la risposta dei sistemi di assistenza sanitaria nella prevenzione all'obesità infantile. In tale ottica, si è cercato di verificare se il contesto romagnolo, caratterizzato già da un livello medio di sovrappeso o obesità, ma anche da una grande capacità di reazione sociale e istituzionale, possa rappresentare un modello di influenza positiva, già individuato dal WHO (2019a) non solo su scala medica ma anche sociale. Da un punto di vista analitico i cinque capitoli si suddividono in base alle aree sociali e istituzionali approfondite. Nel capitolo quattro, il focus è sul ruolo delle famiglie nella socializzazione primaria al cibo e all'attività fisica. Nello specifico, ci si addentra nella dimensione sociale dello spazio domestico per osservare i comportamenti adottati, abitualmente per i quali può esservi una correlazione con il rischio di eccesso ponderale.

Nel quinto capitolo ci si occupa di evidenziare il ruolo della scuola primaria che oltre il contesto familiare, negozia, ridefinisce e influenza continuamente il processo di apprendimento di abitudini alimentari e stili di vita del bambino.

Il capitolo sesto si concentra sulle pratiche di promozione, prevenzione e ricostruzione del "peso in salute" da parte degli attori della socializzazione secondaria extra-scolastica in relazione a bambini e famiglie che operano sul territorio riminese. Il settimo capitolo affronta Covid e obesità. Viene proposto il concetto di Covibesity quale obesità situazionale originata dalle misure di contenimento cercando di comprendere se vi siano effetti nefasti derivanti dalla pandemia o se, al contrario, le famiglie siano riuscite ad avere un atteggiamento resiliente e resistente.

In conclusione, nell'ottavo capitolo, l'attenzione è rivolta alle percezioni del peso dei bambini da parte degli adulti e su come i predittori più incisivi dell'obesità possano derivare da un modello educativo, prevalentemente, "trasmesso" dagli adulti a Rimini, in Italia così come nella fascia dell'Europa meridionale.

1. Gli aspetti socio-epidemiologici dell'obesità

L'obesità è una delle più grandi sfide del XXI secolo (COSI, 2021). Dagli Stati Uniti all'Europa, dal Nord al Sud del mondo, il fenomeno si è espanso su scala, progressivamente, globale sino a divenire endemico – sempre più radicato all'interno della popolazione.

In questa sede, supportati dalla prospettiva epidemiologica e sociologica, si proverà a far affiorare il complesso e articolato discorso "sul peso" della popolazione. Quindi delineare una panoramica numerica e teorica che misuri l'intreccio tra determinanti sociali di salute – individuali e contestuali – e stato ponderale.

Alcuni studiosi della nutrizione (McIntosh, 2013; Sobal, 2000), nel tentativo di creare un *frame* teorico intorno al tema dell'alimentazione e della nutrizione si avvalgono, anzitutto, della distinzione anglosassone tra sociologia *nella* e *della medicina* e *nella* o *della salute* (Hill *et al.*, 2021). Dalla prospettiva *nella medicina* o *nella salute* evidenziano lo sguardo empirico – determinista e positivista dell'epidemiologia – con lo scopo di valutare la rilevanza sociale di specifiche forme di morbilità o mortalità. A tal proposito, si parla di epidemiologia sociale poiché vengono indagati i fattori, appunto, sociali in quanto cause o elementi di rischio di una specifica malattia. Dalla prospettiva *della medicina* o *della salute*, invece, gli stessi studiosi recuperano l'analisi dei ruoli sociali e delle relative trasformazioni per effetto di un fenomeno perturbante come la malattia, gli aspetti sociali delle organizzazioni mediche e le loro modalità di funzionamento, l'accessibilità alle cure dei diversi gruppi, l'influenza delle politiche economiche e di salute pubblica (Hill *et al.*, 2021).

Partendo da tali premesse, McIntosh (2013) e Sobal (2000), definiscono una sociologia *nella nutrizione* – parte dell'epidemiologia sociale – che mette in luce le tecniche di valutazione dello stato nutrizionale e le conseguenti cause sociali degli inadeguati stili alimentari e di vita; e una sociologia *della nutrizione* che è attenta, prevalentemente, alle relazioni sociali in campo nutrizionale che si manifestano nei vari contesti (socio-familiare, clinico-ospedaliero, industriale, agroalimentare, ristorazione), al rapporto nutrizionista-paziente, agli effetti delle politiche sociali, economiche e di salute pubblica sull'accesso agli alimenti e ai servizi del settore nutrizionale. In questo tipo di scenario teorico e, allargando lo sguardo anche all'influenza delle rappresentazioni sociali e alla costruzione sociale di pratiche e interazioni, si avanza una distinzione tra *sociologia nella obesità* e *sociologia della obesità. Nella obesità* si lascia emergere il fenomeno quale condizione multifattoriale, la sua distribuzione in termini di incidenza – numero di nuovi casi in una determinata popolazione – e di prevalenza – numero di casi identificati in un dato momento – nonché morbilità e mortalità ma anche in rapporto agli aspetti influenti delle determinanti sociali; *della obesità* l'interesse si rivolge alle relazioni tra processi, fatti e rappresentazioni sociali, all'influenza di diete e stili di vita nel corso di vita, alle organizzazioni e alle politiche di sanità pubblica votate alla promozione, prevenzione, trattamento e cura (Malacarne *et al.*, 2022; Poulain, 2014; 2008). Attraverso tale impostazione metodologica, si cercherà, anzitutto, di risolvere il dilemma definitorio e interpretativo che, sin dalle origini, ruota intorno al concetto di obesità; illustrare le trasformazioni e i processi tecnico, scientifici e sociali che si sono originati, nelle società, nel corso del tempo e che ne hanno stimolato la crescita e la diffusione; e indagare la distribuzione geografica, temporale e socio-economica del fenomeno.

Dopo una panoramica su scala globale, il focus sarà proiettato, prima, verso i numeri della cosiddetta "Regione Europea[1]" con riferimento al Portogallo quale paese trainante nella lotta all'obesità e in cui si evidenziano esempi di *best practices* in Europa, e poi, ai numeri che caratterizzano l'Italia, territorio della dieta mediterranea e di artigianali tradizioni culinarie ma proprio a livello sovranazionale anche con i tassi più elevati di sovrappeso e obesità infantile. Restringendo, infine, l'attenzione sempre più verso il cuore geografico di quanto stiamo osservando, si analizzeranno i fattori che agiscono sul territorio della Regione Emilia-Romagna e, in particolare di Rimini.

In tal senso, il percorso di analisi condurrà verso una definizione ampia di obesità – pensata in termini bio-psico-sociali – con uno sguardo *life course* (Cappellato, Moiso, 2020), sul breve e sul lungo termine, al fine di scioglierne i limiti interpretativi che spesso ostacolano non solo le politiche di cura e di prevenzione ma anche la percezione sociale.

1. *Globesity*: le proporzioni di un fenomeno globale

L'analisi dello scenario epidemiologico relativo al fenomeno dell'obesità, prende, anzitutto, in considerazione il mutamento storico mediante i concetti di *scarsità* ed *eccesso.* Tale trasformazione viene analizzata ponendo in luce il ruolo dell'alimentazione e degli stili di vita all'interno della transizione demografica delineata dallo storico delle popolazioni McKeown (1976) e approfondita negli aspetti di morbosità e mortalità da Omran (2005), nel modello di *transizione epidemiologica*.

All'interno della trasformazione strutturale demografica (McKeown, 1976), la narrazione del passaggio da abitudini alimentari e di vita fondate sulla *scarsità* a quelle sull'*eccesso* si impostano all'interno di tre stadi temporali individuati da Omran (2005): "il tempo delle epidemie e carestie", la "transizione" e la fase di "impianto delle malattie degenerative" a cui seguono, integrando uno sguardo alla contemporaneità, lo stadio di "assestamento delle malattie croniche" (Picheral, 2002) e quello delle "sociopatie" (Drulhe, 1996).

Fin dalle sue origini, nella storia umana, il sostentamento è sempre stato percepito aspetto fondamentale della vita. Le società tradizionali, infatti, cercavano di controllare i periodi di penuria e carestia riducendo il margine di incertezza, la fame e la malnutrizione, specialmente infantile (Fischler, 1992). Il mondo occidentale, pertanto, ha impostato le politiche delle sue società in modo da arginare e contenere, come meglio poteva, la *scarsità* delle risorse. Nelle società antiche e in età preindustriale, durante il *tempo delle epidemie e carestie,* la quantità di risorse, di misure igienico-sanitarie e cure determinavano una grande differenziazione sociale tra i pochi privilegiati e i molti che dovevano far fronte ad enormi ostacoli strutturali. In questo contesto, nonostante una natalità elevata, le percentuali di mortalità per malattie infettive crescevano e la speranza di vita era molto bassa.

I primi progressi in Europa – che iniziano ad originare le probabili cause della transizione epidemiologica – si ebbero a partire dal XVII secolo. I nuovi strumenti agronomici, lo sviluppo della rete di trasporto, il commercio, alcune importanti scoperte nel campo della medicina sperimentale, cominciarono ad assicurare, sia a città che campagna, un sostentamento alimentare quantomeno sufficiente (Fischler,

[1] Il termine "Regione Europea" (European Region) viene utilizzato dal WHO per identificare i 53 Paesi-membri aderenti ad una politica intergovernativa di supporto a salute e benessere condivisa che si estendono dalle coste occidentali della Groenlandia alle coste del Pacifico della Federazione russa, dal Mediterraneo al Mar Baltico (WHO Europe, 2013).

1992). Tuttavia, molti storici sottolineano come le trasformazioni avvenute in Europa tra XVII e XVIII secolo non corrispondano comunque ad un conseguente miglioramento in *eccesso* degli stili alimentari e di vita. Al crescere della quantità disponibile di cibo, decresceva la qualità e la varietà delle razioni. Col passaggio da una policoltura ad una monocoltura di sussistenza, poi, riapparvero le cosiddette "malattie da carenza o da mono-alimentazione", come la pellagra, scatenando carestie ed epidemie (tifo, dissenteria, scorbuto), ancora più terribili del passato. Pertanto, fino agli inizi del XIX secolo, la *scarsità* legata al rapporto cibo-popolazione, alle conoscenze in ambito tecnico-medico-scientifico e alle misure igienico-sanitarie continuò a dominare l'andamento epidemiologico e demografico delle società e le malattie infettive risultarono ancora determinanti sul tasso di mortalità. In questo periodo, l'*abbondanza* e la sua ostentazione rappresentavano solo lo specchio di una differenziazione sociale sulle tavole dell'aristocrazia o nei banchetti popolari volte ad esorcizzare la paura atavica della fame (Thermes, 2018).

Le trasformazioni scientifiche, tecnologiche, sociali e culturali – susseguitesi nella prima metà del Novecento – determinarono un accrescimento della disponibilità alimentare e della progressiva modifica negli stili di vita, più attenti a pulizia e salubrità. Tali cambiamenti impostarono i presupposti per l'inizio di quella fase di *transizione* (Omran, 2005) in cui, a poco a poco, le cause di mortalità per malattie acute collegate anche alla rarefazione delle epidemie, iniziano a regredire mentre la speranza di vita alla nascita aumentava fino a 50 anni. Si trattava, comunque, di una *transizione* dalle profonde contraddizioni tra territori e classi sociali, equità e giustizia sociale. Tuttavia, è in questo periodo che mediante politiche di stoccaggio e redistribuzione programmata, gli individui si allontanano dalla forte dipendenza ecologica e climatica nel rendimento del terreno messo a coltura liberandosi dalla costante morsa della fame. In tale lasso temporale, se escludiamo le due guerre mondiali in cui si torna ad un regime di forti restrizioni alimentari, si entra in una fase di "sistemazione" o *impianto delle malattie degenerative* (Omran, 2005). La ricostruzione post-bellica di una "società opulenta" (Galbraith, 2014), fondata sull'ambizione di benessere, ricchezza e abbondanza nonché emergenti accordi internazionali che si interessano ai problemi di salute e igiene, determina il dissolversi delle cause infettive di mortalità e l'aumento della durata media della vita. Se fino al secondo dopo guerra, gli anni guadagnati si riferivano alla forte diminuzione della mortalità infantile e giovanile, nei trent'anni successivi il declino viene recuperato anche grazie alle età adulte. Il miglioramento delle condizioni di vita e igieniche, l'avvio dello sviluppo economico-sociale-sanitario, nuove scoperte in ambito medico e farmacologico, hanno contenuto gradualmente il rischio di morte e prolungato la vita, anche per i vulnerabili, facendo largo alla cronicità (Caselli *et al*., 2021; Poulain, 2008; Omran, 2005).

Progressivamente, le persone iniziarono ad apprendere un diverso modo di "stare in salute", grazie all'importantissimo ruolo giocato dalla crescente attenzione nei confronti di agenti patogeni sia negli ambienti di vita che nell'alimentazione, l'apprendimento di comportamenti preventivi e il progressivo miglioramento delle condizioni socio-economiche (Caselli *et al*., 2021). Durante questa fase di crescita della *health literacy*, che si compie tra gli anni Sessanta e Settanta del Novecento, si verifica l'*assestamento delle malattie croniche* (Picheral, 2002) e il conseguente compimento del passaggio da *scarsità* ad *eccesso* che conduce all'origine dell'obesità come condizione clinica e sociale. La visione olistica di Sullivan (2010), nel suo *modello del mutamento sociale dell'epidemia di obesità*, coglie, in tal senso, le principali dinamiche intervenute nella sua evoluzione. L'inarrestabile urbanizzazione, la produzione agricola intensiva, l'espansione nella divisione del lavoro, l'evoluzione dei sistemi di trasporto e la crescita dell'economia a cui si aggiunge la coincidente

"rivoluzione cardiovascolare" ed i sempre più efficaci trattamenti antibiotici hanno consentito di contenere la letalità di molti processi morbosi. La logica dell'*eccesso* inizia a misurare il benessere degli individui attraverso stili di vita "comodi" e abitudini alimentari "(sovra)abbondanti". L'ingresso della donna nel mercato del lavoro, sempre più centrale, la commercializzazione, la globalizzazione e il crescente uso della tecnologia hanno, poi, condotto, sempre di più, verso la produzione di cibi variegati, calorici, voluminosi, standardizzati (e non sempre di qualità), *fast,* distribuiti su larga scala, delocalizzati a cui si sono uniti stili di vita orientati alla sedentarietà (Caselli *et al.*, 2021; Clemente, Greco, 2018). Compresa e, continuamente, appresa l'importanza dei propri comportamenti – in un ambiente fertile da un punto di vista delle risorse, delle cure e dell'aspettativa di vita – il paradosso strutturale si originò all'interno della fase delle *sociopatie* (Drulhe, 1996). Quest'ultime, rappresentate dai *man-made diseases* (Chaber, 2018), sono malattie, indotte dall'uomo, causate dall'incontro-scontro tra fattori biologici e strutturali. Abitudini alimentari e stili di vita insalubri hanno cominciato, incisivamente, a minacciare la speranza di vita degli esseri umani determinando un profilo epidemiologico in cui le principali cause incidenti sui tassi di mortalità, morbilità e disabilità sono costituite da malattie non trasmissibili che, attualmente, rappresentano il 71% di tutti i decessi a livello globale (WHO, 2021a). Nella seconda parte del XX secolo, l'*eccesso* si insinuò, in maniera capillare, nelle viscere del tessuto sociale. La società dei consumi produceva continuamente bisogni, anche superflui, mettendo a disposizione un bacino, apparentemente illimitato, di risorse e conoscenze. Si entrò in un'epoca definita neoliberista caratterizzata da mercato libero, individualismo e decentralizzazione. In questo periodo la dieta occidentale iniziò a offrire, sempre più, alimenti contenenti grassi saturi, zuccheri, ingredienti processati e poveri di fibre la cui assunzione, tuttavia, appariva il frutto di scelte personali e l'incapacità di agire in modo responsabile ricadeva sull'individuo (Gabe, Cardano, Genova, 2021; Otero, 2018). Il *mondo diventa grasso* (Popkin, 2009) appesantendosi, progressivamente, in un orizzonte sempre più tecnologico e interconnesso, in cui il successo dell'*eccesso* non solo origina un deleterio scontro tra abitudini alimentari, stili di vita e biologia ma inizia a minacciare la salubrità, nel breve e nel lungo termine, degli individui. *Globesity* è il termine coniato dal WHO, nel 2001, che riassume la diffusione globale dell'obesità, sia adulta che infantile, sia dei Paesi sviluppati che in via di sviluppo, sia delle classi agiate che di quelle indigenti. Le proporzioni obesogene equivalgono a circa il 30% della popolazione mondiale. Tali stime superano di circa due volte e mezzo il numero di persone sottonutrite e, continuando ad aumentare con lo stesso ritmo, potrebbero coinvolgere quasi metà della popolazione adulta entro il 2030. Ciò comporta la riduzione dell'aspettativa di vita di circa tre anni oltre a costituire già il 5% delle morti mondiali (WHO, 2021b; OECD, 2019; Mc Kinsey Global Institute, 2014). Dal 1975 ai giorni nostri, l'obesità, sull'intera superficie globale, è quasi triplicata (WHO, 2020).

I dati del WHO parlano di sovrappeso e obesità per più di 650 milioni di adulti (dai 18 anni in su) nel 2016; per 38 milioni di bambini sotto i 5 anni e per più di 340 milioni di bambini nella fascia d'età 5-19, nel 2020. Addentrandoci, ancor di più, nella portata distributiva del fenomeno a livello globale, il *Centers for Disease Control and Prevention* (2021) stima che, dalla metà degli anni Ottanta al 2020, la popolazione americana abbia registrato un eccesso ponderale che supera il 20% (35% in cinque Stati, il 30% in 25 Stati e il 25% in 46 Stati) con una incidenza che se si, mantenesse costante, condurrebbe nei prossimi decenni, la quasi totalità della popolazione ad essere obesa. Un altro Paese dai dati allarmanti è il Messico, la seconda economia dell'America Latina e, culturalmente, area che ha sempre considerato la

pinguedine un simbolo di ricchezza e prosperità. Secondo i dati diffusi dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD, 2019), i numeri associati all'obesità non solo coinvolgono il 75% degli adulti e il 35% di bambini e adolescenti ma confluiscono verso lo strato economicamente più povero della popolazione. Tassi di obesità in rapido aumento, si riscontrano sia in Medio Oriente con livelli tra 30-40% (Index Mundi, 2016) che in Cina tra i residenti delle aree urbane e rurali, di tutte le fasce d'età distribuendosi tra adulti (16,4%), adolescenti (19%) e bambini (10,4%) (Pan *et al.*, 2021; The State Council Information Office of the People's Republic of China, 2020).

Spostandoci verso la "Regione Europea", i tassi di crescita non sono molto più confortanti. La popolazione adulta, nel 2016, si presentava per oltre il 50% in sovrappeso e oltre il 20% obesa. Nel 2019, i dati mostrano un ulteriore crescita fino al 70% nel primo caso e fino al 30% nel secondo (OECD, 2019; ISS, 2017). Per ciò che concerne la popolazione pediatrica europea, è stata interessata da un picco in aumento mantenutosi, poi, costante tra il 1990 e il 2008 (ISS, 2017) e, nell'ultimo periodo rilevato, 2018-2020, nonostante la situazione stia tendenzialmente migliorando, 1 bambino su 3, tra 6-9 anni, convive con sovrappeso e obesità (COSI, 2022). Sebbene sia stato anche rilevato che la prevalenza diminuisca nella coorte 10-19 anni (dove 1 bambino/adolescente su 4 convive con sovrappeso o obesità) la recente analisi intermedia del WHO all'interno del *Global Action Plan for non-communicable diseases* avverte che, al 2022, nessuno stato membro della "Regione Europea" è *sulla buona strada per raggiungere l'obiettivo di fermare l'aumento dell'obesità entro il 2025* (WHO, 2022a).

In termini di costi sanitari, poi, i Paesi OCSE[2], spendono circa l'8,4% del proprio budget a causa di malattie legate all'eccesso di peso (OECD, 2019). Nello specifico, nel report di ottobre 2019, si rileva che gli individui sovrappeso e obesi gravano sul 2,8% del Prodotto Interno Lordo Globale – corrispondenti a circa 2,0 trilioni di dollari. Essi si avvalgono maggiormente dei servizi sanitari, subendo più interventi chirurgici e avendo più del doppio delle prescrizioni rispetto ai soggetti normopeso. A ciò si aggiungono i costi relativi alle malattie correlate, il 70% per il trattamento del diabete, il 23% per le patologie cardiovascolari e il 9% per i tumori per un peso complessivo di circa il 20% della spesa sanitaria (OECD, 2019).

Dalle previsioni della letteratura economico-sanitaria sulla questione, entro il 2030, all'aumentare dell'Indice di Massa Corporea (IMC) assisteremo ad un simultaneo aumento, tra 16-18%, dei costi dell'assistenza sanitaria (Corposanto, 2017). Non stupisce, quindi, che l'obesità, già nel novembre 2014, si sia guadagnata il secondo posto tra i *social global burden* sanitari dopo il tabagismo (Mc Kinsey Global Institute, 2014). Il quadro diviene ancor più allarmante, se poniamo attenzione su quei Paesi che, non avendo linee guida legislative definite né risorse tecnologiche per la gestione della prevenzione e della presa in carico, gravano finanziariamente totalmente sulle famiglie penalizzando, sempre più, quelle a basso reddito. La persistenza nel tempo, le spese per alimenti sani e attività fisica, poi, non sono solo insostenibili economicamente ma conducono all'impoverimento. Nel lasso temporale 2015-17, ogni anno, circa 100 milioni di persone sono state spinte sotto il livello di povertà dalla necessità di pagare direttamente per i servizi sanitari (WHO The World Bank, 2017).

[2] I paesi aderenti all'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) sono attualmente 36. Nello specifico: Australia, Austria, Belgio, Canada, Cile, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Messico, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Repubblica di Corea, Repubblica Slovacca, Regno Unito, Slovenia, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera, Turchia, Ungheria.

Tenendo conto che la stragrande maggioranza degli individui in sovrappeso o obesi vive nei paesi in via di sviluppo dove si è assistito ad un aumento dell'eccesso ponderale di oltre il 30% rispetto ai paesi sviluppati (WHO, 2021b), e che, negli ultimi trent'anni, molti aspetti della globalizzazione si sono infiltrati negli stili di vita e nelle abitudini alimentari come il basso costo di cibi grassi e calorici, l'obesità è divenuta una *malattia dei poveri* (Goisis *et al.*, 2016; Prentice, 2006; Popkin *et al.*, 2012). Seguendo questa evoluzione, le trasformazioni avvenute tra XVII e XVIII secolo avrebbero innescato non un processo di miglioramento ma di peggioramento sociale (Livi Bacci, 2011). L'allentamento delle costrizioni sociali, la crescente importanza dell'individualismo, dell'industrializzazione della produzione, della trasformazione, della commercializzazione alimentare hanno lasciato che il fenomeno si radicasse e divenisse non solo globale ma anche *endemico.* Un'endemia *discrasica* – dovuta a cause alimentari e comportamentali – la cui eziologia potrebbe dirsi legata a prospettive biologico-evolutive, al mutamento degli stili di vita; alla *political economy* dell'industria alimentare; a costruzioni sociali e socio-culturali e, non ultimo, alle diseguaglianze sociali ed economiche. Un'endemia, progressivamente, sempre più sinergica, nel tempo e nello spazio, in ogni Paese e Regione del mondo portando qualcuno già a ribattezzarla *Global Syndemic of obesity* (Swinburn *et al.*, 2019).

2. Definire l'obesità: fattore di rischio, condizione socio-patologica o malattia cronica non trasmissibile?

Seppur la notizia sia rimasta misconosciuta per moltissimi anni, nel 1948, l'*International Classification of Disease* riconosceva, per la prima volta, l'obesità tra le malattie. Tuttavia, nel 1977 la voce oppositiva dell'*American Health Care Financing Administration* sostenne che l'obesità non poteva essere considerata una malattia. Da questo momento, dovremo aspettare il 1997 per disporre di nuove coordinate autorevoli e innovative in relazione al concetto, questa volta da parte del WHO (2000), che la comprende tra le malattie complesse*, non completamente comprese, serie e croniche parte di un gruppo di malattie non trasmissibili che richiedono prevenzione e gestione di strategie sia individuali che sociali.*

Nonostante il riconoscimento da parte del WHO, il primo Paese a recepire la direttiva fu il Giappone nel 2002 (Kanazawa *et al.*, 2005), seguito dal Portogallo nel 2004 (Burki, 2021). Negli stessi anni, però, anche il *National Institutes of Health* americano decise di ampliare la definizione di obesità parlando di *complessa malattia cronica multifattoriale.* Nel 2004, dopo il tentativo, da parte dei *Centers for Medicare and Medicaid Services* statunitensi, di rimuovere la frase "l'obesità non è una malattia", il termine, non essendo sostituito da una precisa definizione, continuò a restare orfano di una chiara connotazione.

Le linee guida intercollegiali scozzesi del 2010 e l'*American Medical Association* nel 2013, fornirono una svolta proattiva intorno al tema. Esse si pronunciarono non solo a favore dell'obesità quale malattia *con molteplici aspetti fisiopatologici* ma richiesero una serie di interventi medici per migliorare trattamento e prevenzione. Tale esposizione riuscì a catturare l'attenzione di diverse Associazioni Mediche che si espressero nella medesima direzione come ad esempio, nel 2015, la *Canadian Medical Association.* Nel giro di pochi anni, il dibattito si spostò anche nelle principali arene di discussione istituzionale[3] conducendo, nel 2019, il Parlamento

[3] Vedasi la posizione sul tema del World Obesity Federation, 2017.

italiano[4] e, nel 2021, la Commissione Europea[5], a riconoscere l'obesità quale *malattia cronica recidivante.* Quindi una condizione di salute multiforme influenzata da fattori genetici, comportamentali, fisiologici, psicologici e sociali che ricade nel gruppo dei *Non Communicable Disease* (NCD) ossia malattie non trasmissibili direttamente da una persona all'altra (Burki, 2021).

Sino ad oggi, a causa di questo variegato e intenso alternarsi di voci sulla questione, l'approccio da parte dell'*expertise* professionale e della *lay expertise* è stato autogestito in modo tutt'altro che sistematico. Tale atteggiamento ha lasciato destrutturato o parzialmente regolamentato l'ambito della prevenzione, del trattamento e della presa in carico dei soggetti con eccesso ponderale (Burki, 2021).

Come possiamo definire, allora, oggi, l'obesità?

Il WHO parla di *un accumulo anomalo o eccessivo di grasso che presenta un rischio per la salute*. Valutata secondo una prospettiva biomedica e nonostante l'enorme varietà di strumenti per la sua misurazione (peso ideale, circonferenze corporee, rapporto peso-popolazione), la sua classificazione avviene, in tal senso, secondo l'Indice di Massa Corporea (IMC o in inglese BMI - *Body Mass Index*). Tale indice, attraverso il peso in chilogrammi di una persona adulta diviso per il quadrato della sua altezza in metri (kg/m^2), stabilisce, convenzionalmente, che una condizione di sovrappeso possa realizzarsi con IMC≥25 mentre quella di obesità con IMC≥30.

Attraverso l'IMC, dunque, non solo viene delineata una definizione, approssimativa e internazionalmente condivisa, di obesità ma si coglie anche la possibilità di stimare i rischi che essa determina per la salute. Sappiamo, infatti, che non solo all'aumentare dei valori di IMC, aumenta anche il rischio di morbilità e mortalità ma che la presenza di tessuto adiposo "centrale" (o addominale, viscerale) distribuito intorno ad organi o precisi punti del corpo, è più preoccupante in termini di correlazioni a malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, demenza, problemi ortopedici e muscolo-scheletrici, disordini psicologici rispetto a quello "totale"[6] (Richard *et al.*, 2020; ISS, 2017). Tuttavia, il solo IMC non è sufficiente a delineare una rappresentazione esauriente. Le differenze nella struttura fisica di genere, d'età, d'appartenenza etnici, i fattori strutturali che agiscono insieme o al posto di magrezza e obesità come tabagismo, alcolismo, sedentarietà e precarietà sono altri elementi da considerare (Poulain, 2014; 2008; ISS, 2017). Questa prima definizione, seppur fotografi clinicamente il concetto, lo lascia ancora senza la sua cornice sociologica. Le diverse varianti interpretative si orientano, talvolta, verso la descrizione di un *fattore di rischio*, talvolta, quale *condizione socio-patologica* di malnutrizione per eccesso da cui si originano altre malattie, se non addirittura un problema estetico e, talaltra, verso la *malattia cronica non trasmissibile*.

Proviamo, quindi, ad analizzarle e contestualizzarle. Sebbene, nell'ultima decade, abbiamo assistito ad un crescente allontanamento dal concetto di obesità quale mero *fattore di rischio*, in realtà il suo uso è ancora molto presente, imbrigliato nel pregiudizio che l'eccesso ponderale sia conseguenza di scelte comportamentali e quindi risolvibile, dal singolo, attraverso la propria forza di volontà.

L'orientamento di alcuni medici così come del nostro Istituto Superiore di Sanità (2017), sono volti a richiamare obesità e sovrappeso quali *fattori di rischio.* Un fattore di rischio rappresenta specifiche condizioni associate, statisticamente e positivamente, con la concreta probabilità di sviluppare una malattia, concorrere alla sua patogenesi, favorirne il progresso o accelerarne il decorso. Tra i fattori di rischio si

[4] Vedasi "Approvazione mozione Parlamentare", 13 novembre 2019 seduta n. 258.

[5] Direttiva emanata il 4 marzo 2021 in occasione dell'Obesity Day.

[6] Il tessuto adiposo viscerale o addominale è l'accumulo di grasso che si deposita in profondità nell'addome fra gli organi interni: fegato, stomaco ed intestino mentre il grasso di deposito "totale" è concentrato a livello sottocutaneo in superficie tra pelle e muscoli (Richard *et al.*, 2020).

menzionano aspetti del comportamento, caratteristiche intrinseche al soggetto o alla sua genetica, l'esposizione ambientale, gli stili di vita. Alimentazione e sedentarietà (come stile di vita), nello specifico, e non obesità, vengono palesati quali *fattori di rischio* modificabili per prevenire, contenere o eliminare la malattia che hanno originato (Bologna, 2020). L'obesità non compare esplicitamente nell'elenco. Tuttavia, l'interpretazione attuativa la comprende e la connota quale insalubre e irresponsabile comportamento individuale che avvicina le persone allo stigma sociale e le allontana dai programmi di incisiva prevenzione primaria (adozione di interventi e comportamenti), secondaria (diagnosi, trattamento) e terziaria (gestione e prevenzione anche sul lungo termine) (Burki, 2021; Kivimäki *et al.*, 2011). Chiaramente, quindi, "alimentazione" e "stili di vita" rappresentano alcuni dei fattori di rischio alla base del continuo aumento della prevalenza di sovrappeso e obesità, sia nelle popolazioni sviluppate che in quelle in via di sviluppo. Se ben orientati, essi svolgono un ruolo chiave nella prevenzione alle malattie, come l'obesità, che si originano, al contrario, da un cortocircuito nell'interazione tra fattori di rischio genetici e ambientali (Foreman *et al.*, 2018). In tal senso, l'obesità, in quanto eterogenea e multifattoriale, potrebbe essere ritenuto *anche* e non solo un *fattore di rischio* potendo innescare altre malattie o complicandole.

Decantata questa prima definizione, emerge una natura dell'obesità quale *disease* ossia guasto organico. Tuttavia, in molte aree della medicina e in diversi ambiti politico-decisionali si è ritenuto che essa resti un problema nutrizionale o, tuttalpiù, estetico risolvibile con un «mangia di meno e muoviti di più» (Sbraccia *et al.*, 2020, p. 1).

Clinicamente siamo dinnanzi ad un «eccessivo accumulo di calorie in forma di trigliceridi nel tessuto adiposo e l'entità di tale accumulo è equivalente, secondo la prima legge della termodinamica, alla differenza tra introito calorico e spesa energetica» (Sbraccia *et al.*, 2020, p. 1). L'idea che l'obesità possa essere un mero disordine nutrizionale, conseguenza di scelte personali reversibili ma causate da persone incapaci di correggere un problema, sia di ingordigia che estetico, è la seconda prospettiva interpretativa che si intende analizzare.

Tutte le malattie che sono inserite all'interno della *International Classification of Disease* possiedono, da un punto di vista eziopatogenetico-clinico, cause distinte, oggettiva riduzione del senso di benessere, specifici sintomi e segni inequivocabili. L'obesità, anche davanti a tale quadro, resta, però, senza un preciso *framing*. Ciò lascia che alcuni specialisti ne tratteggino il profilo di una *condizione socio-patologica* di malnutrizione per eccesso (Sbraccia *et al.*, 2020). Le ragioni che sostengono tale interpretazione sono diverse. La prima è la convinzione che le persone debbano avere un elevato grado di consapevolezza e responsabilità individuale nel seguire corretti stili alimentari e di vita. La seconda riguarda gli, ancora relativamente recenti, studi e ricerche in grado di dimostrare un'effettiva correlazione con rischio di morte originata dalla stessa obesità e non dalle complicanze cui essa dà origine. La terza confluisce nella cosiddetta *obesità metabolicamente sana* che, apparentemente, mostra pazienti obesi senza sindrome metabolica (o di alcune delle sue componenti) ma in realtà molto esposti al rischio di sviluppare comorbidità. Infine, il *paradosso dell'obesità* che allude ad una migliore sopravvivenza nei pazienti con sovrappeso o obesità di primo grado (IMC$\geq$30 e $<$35) rispetto ai normopeso in caso di sopraggiunti nuovi eventi. Tuttavia, sembrerebbe dimostrato che sono i *bias* statistici a condurre al "paradosso", attraverso una causalità inversa, in cui si assiste ad una perdita di peso non intenzionale prima che il peso venga misurato al paziente arruolato nello studio prospettico (Sbraccia *et al.*, 2020; Eckel *et al.*, 2018; Van der al. *et al.*, 2014).

Arrivati a questo punto, considerare l'obesità solo un *fattore di rischio* o solo una *condizione socio-patologica* di malnutrizione per eccesso risulta riduttivo. All'interno del concetto di *disease*, unendo le osservazioni, contemporanee, degli studiosi

Carl May (2005) e David Armstrong (2005), l'obesità viene inserita in una "esplosione epidemiologica" della società in cui si assiste ad una maggiore e continua attenzione nei confronti della sorveglianza dello stato di salute clinico dei corpi ma anche in una "esplosione sociale" che lascia gli individui adattarsi e convivere con le malattie croniche. In questo bilanciamento, tra sorveglianza della salute e convivenza con la patologia, le vite di sempre più individui, si intrecciano – qualitativamente e quantitativamente – alla accortezza di strumenti diagnostici e tecnologie mediche che permettono di controllare la cosiddetta "longevità riflessiva". E, anche davanti all'incontro con l'evento nefasto, il monitoraggio delle condizioni di salute si rinegoziano, continuamente, con il tempo rimanente che separa dalla morte (Kaufman, 2010).

In tal senso, analizziamo l'obesità quale *Chronic* e *Non Communicable Disease* (NCD), ossia malattia cronica e non trasmissibile che si protrae per un periodo non inferiore ai tre mesi e che non ha origine infettiva (Bernell, Howard, 2016). Posto che le cause dell'obesità sono eterogenee, influenzate da fattori genetici, ambientali e psicologici, un altro nodo da sciogliere è quello tra coloro che vorrebbero percorrere la via della cronicità in termini recidivanti ossia condizione patologica *che a sua volta funge da porta d'accesso a una serie di altre malattie non trasmissibili* (European Commission, 2021) e coloro che pongono al centro, principalmente, la *non trasmissibilità* orientandosi verso una prospettiva, prevalentemente, *sociale* (Burki, 2021). Nel primo caso, per capire se la condizione di obesità e pre-obesità possa essere associata ad una malattia cronica recidivante è necessario riflettere sui 3 elementi che caratterizzano lo stato di "cronicità": la persistenza nel tempo (*long-term/lasting condition*), l'*illness* e la valutazione della condizione di incertezza (Bernell, Howard, 2016). In primo luogo, la condizione di cronicità si fonda su una durata stabile e continuativa, indipendente dalla volontà dall'individuo che ne è colpito, e vede una difficile prospettiva di guarigione definitiva (Dowrick *et al.*, 2005). In secondo luogo, l'approccio personale e sociale verso l'esordio di uno stato patologico con cui convivere per il resto della vita, deve essere istituzionalmente e socialmente riconoscibile portando, progressivamente, a legittimare il *disease* in relazione all'*illness* e alla *sickness* (Bury, 2005; Twaddle, 1982). E, infine, l'*incertezza* quale rischio incalcolabile da un punto di vista *clinico* per mancanza di «un quadro che presuppone una sola causalità, sintomi coerenti e riconoscibili e un trattamento scientificamente determinato» (Sulik, 2009, p. 1060) da parte della comunità medica; che *esistenziale* nel vissuto privato del singolo individuo con la consapevolezza che il proprio futuro sia in pericolo (Webster, 2019). Osservando la condizione di obesità su questi assunti, si evince, però, che i vari gradi di gravità da cui è caratterizzata nonché, in alcuni casi, la possibilità di "tornare indietro" e, anche se faticosamente, "guarire", rendono e hanno reso difficile, la perfetta adesione a tali canoni di cronicità.

Il discorso che, invece, avvicina e amplia il concetto di obesità ai *Non Communicable Diseases (NCDs)*, ad oggi, malattie cardiovascolari, cancro, malattie respiratorie croniche e diabete, sottolinea una comunanza tra l'obesità, la "non trasmissibilità" e il suo generarsi all'interno di una socialità integrata che crea ed espone a fattori di rischio. Per l'EU Policy Lead dell'*European Association for the Study of Obesity* (EASO) di Bruxelles associare, sempre più, l'obesità ad una malattia non trasmissibile sarebbe il primo passo per la sua piena comprensione e legittimazione sia come malattia clinica che sociale che «a causa del considerevole numero dei soggetti colpiti, presenta una vasta diffusione e una notevole frequenza nei vari strati della popolazione, dimostrando perciò una significativa incidenza di morbosità, letalità e mortalità»[7]. Essa, inoltre, può essere causa o concausa nella predisposizione

[7] Cfr. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 18-3-2017, n. 65, Suppl. ordinario n. 15.

ad altre infermità, tuttavia, resta la sua qualifica di stato anteriore «di frequenti e gravi menomazioni organiche invalidanti, con necessità di cura prolungate con un non indifferente onere economico sia per il singolo sia per la società»[8]. L'obesità, in tal modo, assume una categorizzazione formale e vincolante che consente di guardarla attraverso un approccio legislativo definito per riconoscerla pienamente. La spigolosa questione interpretativa, intorno al concetto di obesità, necessita ancora di trovare la via del compromesso tra le molteplici e differenti posizioni. Tuttavia, considerare l'obesità in un'ottica *liquida* (Bauman, 2011) lascerebbe che le diverse prospettive convergano provando ad analizzare il fenomeno in modo comprendente anche davanti alle eventuali variazioni relative al periodo storico, al contesto geografico, agli obiettivi assistenziali. Ed è in questa fluidità che, all'interno di queste pagine, viene posizionata la definizione di obesità con attenzione a quella in età pediatrica. Verrà, pertanto, affrontato il tema allentando le stringenti polarizzazioni. In tale cornice, l'obesità è osservata quale condizione endemica sintonizzata su vari livelli di gravità clinici e sociali che possono retroagire o cronicizzarsi, includere o escludere. Certamente, originata o costruita da cause differenti, interconnesse e non mutuamente esclusive, tale orientamento vuole andare verso una nuova metrica bio-psico-sociale considerando *che l'obesità può essere una malattia ma non è sempre* esclusivamente solo *una malattia* (Burki, 2021).

3. L'obesità infantile: un emergente problema di salute pubblica

Da un punto di vista biomedico, l'eccesso di grasso corporeo, depositandosi all'interno di cellule ed organi, interferisce negativamente con la loro funzione sia meccanico-anatomica che metabolica. In età pediatrica, tale condizione influenza e compromette, in modo consistente, lo sviluppo futuro della persona (Longo, 2020).

Su un orizzonte temporale di lungo termine, la prospettiva sociologica del *life course* (Cappellato, Moiso, 2020), ci guida nell'analisi delle traiettorie di vita individuali, considerando tutti quegli eventi dell'infanzia e dell'adolescenza che hanno effetti sulla salute fisica, ma anche cognitiva e sociale di un individuo nel corso degli anni successivi. L'obesità infantile, in tal senso, conduce, approssimativamente, più di un terzo dei bambini e circa la metà degli adolescenti a mantenere una condizione di eccesso ponderale anche da adulti (Longo, 2020; Pérez-Escamilla *et al.*, 2013). Dati della letteratura evidenziano come un peso corporeo "ingombrante", già in età pediatrica, insieme ad un'alimentazione inadeguata e alla sedentarietà, contribuiscano a sviluppare una salute piuttosto cagionevole dovuta all'insorgere di malattie precoci e a gravare, socialmente, in termini di perdita di più giorni di scuola, rendimento scolastico più scadente, probabilità di avere un lavoro a basso reddito (Maturo, Setiffi, 2021; OECD, 2019).

La definizione di sovrappeso e obesità infantile non ha un'univoca convergenza (Ministero della Salute, 2013). Crescita e massa grassa – in assenza di criteri nosografici e diagnostici all'interno dei Manuali – sono, da questo punto di vista, estremamente variabili e soggettivi. Essi non solo aumentano in valori assoluti con l'età, ma il rapporto con peso e altezza cambia fisiologicamente nel tempo e in maniera diversa fra i due sessi. La valutazione del quadro di sovrappeso e obesità per l'età evolutiva si avvale, quindi, della proposta dell'*International Obesity Task Force* (IOTF) e di Cole *et al.* (2000) che fissano dei binari di normalità di peso dividendo il *range* dei dati raccolti in 100 parti chiamate percentili. Essi rappresentano un utile

[8] Ibidem.

strumento in grado di indicare se il soggetto, in via di sviluppo, sia sottopeso, normopeso, sovrappeso oppure obeso (Pace, 2017).

I *cut off point* (tab. 1), sui valori dei percentili, di Indice di Massa Corporea (IMC), pertanto, vengono sviluppati sulla valutazione di un vasto campione multietnico (Brasile, Gran Bretagna, Hong Kong, Paesi Bassi, Singapore e Stati Uniti) e dividono, proporzionalmente, bambine e bambini in valori predittivi sopra e sotto misure particolari in età specifiche. In questo modo, i percentili si concentrano, in un approccio diagnostico più cauto, sulla fascia d'età 2-18 anni per entrambi i generi mentre agli *over* 18 – considerati già all'inizio della fase matura della vita – si fanno corrispondere i valori di IMC 25 e 30 dell'adulto. La scelta di utilizzare i *cut off* dell'IOTF rappresenta una referenza internazionale, con un taglio più "epidemiologico", al fine di comparare le diverse popolazioni pediatriche mondiali. Questi, tuttavia, non sono gli unici valori di riferimento che vengono utilizzati.

Nella diagnosi relativa all'eccedenza ponderale in età pediatrica, fondamentale, è anche la scelta delle curve di crescita che raffigurano l'incremento nel tempo dei parametri auxologici (peso, altezza, circonferenza cranica). Il periodo tra 5-7 anni e la pubertà si rileva tra i più delicati poiché in questa fase potrebbe svilupparsi il cosiddetto *adiposity rebound* (rimbalzo di adiposità), un fisiologico accrescimento dell'IMC. A seconda della modalità e della tempistica con cui procede, tale rimbalzo può aggravare l'obesità sul breve e sul lungo termine, qualora dovesse comparire già tra 4-5 anni (Pace, 2017). Fino al 2006, la costruzione di curve antropometriche si basava su una semplice osservazione di "valori di riferimento" – in uno specifico contesto geografico, periodo di tempo, fattori positivi influenti – nella crescita di gruppi di bambini, in apparente buona salute. Tuttavia, tali valori si inserivano in un obiettivo ideale o almeno desiderabile di "normalità" che non poteva uniformarsi né essere comparabile con le popolazioni pediatriche di diversi Paesi.

Il WHO, pertanto, ha deciso di pubblicare gli standard di crescita per bambini dalla nascita a 5 anni di età[9]. Essi si basano su un approccio prescrittivo ovvero su come i bambini potrebbero e dovrebbero crescere, se posti in un ambiente "ideale" al raggiungimento del loro potenziale genetico di crescita. Gli standard sono stati costruiti su bambini allattati al seno per almeno 6 mesi, con introduzione di alimenti complementari graduale e adeguata, collocati in ambienti salubri, senza limitazioni economiche familiari e con facile accesso a cure pediatriche, vaccinazioni, interventi preventivi. Nel 2007, poi, sono state integrate delle nuove curve di crescita, da 5 a 19 anni[10] e nuovi valori soglia per la definizione dell'eccesso di peso relativo a questa specifica fascia d'età, rivalutando con diverso approccio statistico, anche i dati antropometrici del *National Center for Health Statistics* sulla crescita internazionale del WHO (1995).

Si sottolinea che, in linea generale, i valori soglia utilizzati dal WHO sono, complessivamente, più bassi di quelli utilizzati dall'IOTF e di conseguenza, a parità di IMC calcolato, la percentuale dei bambini in sovrappeso o obesi risulta più elevata nel primo caso rispetto al secondo. Soprattutto in età evolutiva, poi, è importante prendere in considerazione i vari aspetti dell'eziologia dell'obesità: endogeni (legati a specifiche patologie organiche che creano disfunzioni endocrine e metaboliche), esogeni (fattori ambientali e/o sociali) e psicogeni (nei quali un mezzo come il cibo viene utilizzato per attraversare una situazione di malessere psicologico) (Pace, 2017).

[9] Vedasi www.who.int/toolkits/child-growth-standards/stand ards/weight-for- length-height.
[10] Cfr. www.who.int/toolkits/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age.

Tab. 1 – Cut off points per sovrappeso e obesità su genere ed età (2-18 anni)

	Body mass index 25 kg/m²		Body mass index 30 kg/m²	
Age (years)	Males	Females	Males	Females
2	18.41	18.02	20.09	19.81
2.5	18.13	17.76	19.80	19.55
3	17.89	17.56	19.57	19.36
3.5	17.69	17.40	19.39	19.23
4	17.55	17.28	19.29	19.15
4.5	17.47	17.19	19.26	19.12
5	17.42	17.15	19.30	19.17
5.5	17.45	17.20	19.47	19.34
6	17.55	17.34	19.78	19.65
6.5	17.71	17.53	20.23	20.08
7	17.92	17.75	20.63	20.51
7.5	18.16	18.03	21.09	21.01
8	18.44	18.35	21.60	21.57
8.5	18.76	18.69	22.17	22.18
9	19.10	19.07	22.77	22.81
9.5	19.46	19.45	23.39	23.46
10	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	20.20	20.29	24.57	24.77
11	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	20.89	21.20	25.58	26.05
12	21.22	21.68	26.02	26.67
12.5	21.56	22.14	26.43	27.24
13	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	22.27	22.98	27.25	28.20
14	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	22.96	23.66	27.98	28.87
15	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	23.60	24.17	28.60	29.29
16	23.90	24.37	28.88	29.43
16.5	24.19	24.54	29.14	29.56
17	24.46	24.70	29.41	29.69
17.5	24.73	24.85	29.70	29.84
18	25	25	30	30

Fonte: Cole *et al.* (2000, p. 4).

L'obesità coinvolge, a livello mondiale, circa il 30% della popolazione di bambini e adolescenti (Longo, 2020; Hardin *et al.*, 2017). La tendenza all'eccesso di peso infantile, negli ultimi 40 anni, sembrerebbe aumentata di dieci volte: da 11 a 124 milioni in tutto il mondo mentre nella "Regione" Europea del WHO si attesta al 45% per i maschi e al 38% per le femmine nella fascia 7-9 anni (COSI, 2022; WHO, 2017). Ecco perché sovrappeso e obesità infantile sono una sfida prioritaria per la sanità pubblica che, come emerge pubblicamente alla *Conferenza sull'obesità* di Copenaghen nel 2002, predispone la popolazione pediatrica in tutti i Paesi del mondo – sia quelli ad alto che a basso reddito – ad enormi rischi evolutivi denotando un'urgente intervento sociale. La crescita dell'IMC in bambini e adolescenti dai 5 ai 19 anni, nell'intervallo temporale dal 2010 al 2016, si è stabilizzata dal 9% al 12%, in molti Paesi ad alto reddito mentre ha, notevolmente, sortito un'accelerazione in alcune parti di Africa 33%, Medio Oriente 21% e Asia tra 43 e 48%. Percentuali di crescita, che mantenute costanti e invariate, avrebbero condotto, nel 2022, a stimare più bambini obesi che sottopeso (Longo, 2020; Ofori-Asenso *et al.*, 2016).

3.1. Il sistema Childhood Obesity Surveillance Initiative*: i numeri della "Regione Europea"*

Nel 2007, in seguito alle raccomandazioni emerse dalla Conferenza ministeriale europea del WHO sulla lotta all'obesità, tenutasi un anno prima a Istanbul, in Turchia, l'Ufficio regionale del WHO per l'Europa e 13 Stati membri hanno istituito il *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI). Si tratta di un sistema di indagine unico che ha lo scopo di misurare tendenze di sovrappeso e obesità tra bambini in età scolare residenti nella Regione Europea. In tal modo, gli Stati membri aderenti, adottano un sistema armonizzato in cui monitorare il fenomeno dell'obesità infantile, raccogliere e fornire informazioni e sviluppare politiche di prevenzione su scala sovranazionale. L'indagine si basa su campioni rappresentativi di bambini delle scuole primarie tra 6 e 9 anni, vengono rilevate misurazioni standardizzate di peso e altezza integrate a indagini relative agli ambienti scolastici, alle abitudini alimentari

e all'attività fisica. Le informazioni sono raccolte sulla base di questionari: 2 obbligatori – al bambino e alla scuola – e 1 facoltativo – alla famiglia. Gli Stati che aderiscono, attualmente 45, ma in crescita ad ogni ciclo di raccolta (*round*), fanno parte della più grande iniziativa di sorveglianza dell'obesità infantile al mondo (Breda *et al.*, 2021). Lo scopo del sistema COSI è quello di uniformare, secondo un protocollo comune, il monitoraggio antropometrico di bambine e bambini in età evolutiva e aprire un confronto su scala sovranazionale per la costruzione di politiche, azioni di prevenzione e contenimento all'obesità infantile. Attualmente, sono state eseguite raccolte negli anni scolastici 2007-2008 (I *round*), 2009-2010 (II *round*), 2012-2013 (III *round*), 2015-2017 (IV *round*) e 2018-2020 (V *round*). Dall'analisi dell'ultima indagine pubblicata (V *round*), che ha coinvolto circa 411mila bambine e bambini all'interno di 33 Stati, emerge uno scenario pediatrico europeo in cui vi è una prevalenza di sovrappeso maschile del 31% e femminile del 28% e di obesità maschile del 14% e femminile del 10%. Comune alla gran parte degli Stati partecipanti, la presenza di prevalenze maggiori nei maschi rispetto alle femmine e, per quei Paesi che hanno raccolto dati per più di un gruppo d'età, tassi in crescita con l'età ossia meno bambini sovrappeso o obesi nei 6 rispetto ai 9 anni (COSI, 2022). Analizzando, poi, l'arco temporale in cui esiste la sorveglianza, ossia dal 2007, nei Paesi che già allora erano presenti, si nota un gradiente nord-sud con livelli più importanti in Europa meridionale. Portogallo e Italia, due tra i Paesi fondatori del sistema COSI, saranno indagati in profondità in questa disamina. Al suo interno, tali Stati hanno ruoli focali: il Portogallo mediante il Centro Studi e Ricerche in Dinamica Sociale e Salute (CEIDSS) è il *partner* tecnico e strumentale del WHO ed è responsabile del trattamento, gestione e validazione delle banche dati, mentre il *team* italiano dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) si occupa del coordinamento metodologico, della formazione preliminare all'uso del software statistico, della raccolta, analisi e comparazione dei dati. Sebbene entrambi gli Stati abbiano, attualmente ancora elevate prevalenze di sovrappeso e obesità, guardando al *trend* I-V *round* nell'arco temporale di circa 13 anni, hanno ottenuto una significativa decrescita in termini di eccesso ponderale – sia sovrappeso che obesità – mettendo in campo strategie differenti per contenere stili di vita ed abitudini alimentari scorrette nei rispettivi Paesi (COSI, 2022; 2021; 2018; 2014).

3.1.1. Il caso del Portogallo

Negli studi sull'eccesso di peso in età pediatrica, in Portogallo, si sottolinea come questo Paese abbia una delle più alte prevalenze in Europa eppure, il WHO, ne elogia il modo *intelligente, coraggioso ed efficace* che, nel tempo, ha messo in atto per combatterla (WHO, 2021c; Pires, 2020). Il Portogallo, infatti, ha costruito una strategia di "salute" trasversale a tutte le politiche che il WHO reputa fortemente allineata con le proprie linee guida e raccomandazioni. Ciò posiziona questo Paese a ruolo guida nella Regione europea su molte *best practices*.

Nel 2007, aderendo al COSI, il Portogallo – che non possedeva un sistema di controllo sanitario al sovrappeso e all'obesità – ha còlto l'occasione per stabilire e sviluppare un solido meccanismo di sorveglianza a livello nazionale. Il territorio indagato comprende le cinque Amministrazioni Sanitarie Regionali Nord, Centro, Lisboa e Vale do Tejo (LVT), Alentejo e Algarve e le due Direzioni Sanitarie Regionali di Madeira e Azzorre. Lo stato nutrizionale dei bambini 6-8 anni, all'interno di questo Paese è passato da 37,9% in sovrappeso e 15,3% in obesità del 2008 al 29,7% di sovrappeso e 11,9% di obesità del 2019. Un *trend* che si conferma importante ma in

decrescita, nonostante la grave crisi economica vissuta in Portogallo in questo decennio, e che ha incontrato diminuzioni più marcate (fino a 10 punti in meno) nelle Azzorre e nella zona del Centro.

Osservando l'ambiente domestico emerge che la maggior parte dei bambini (93,7%) fa colazione tutti i giorni prevalentemente con latte scremato o parzialmente scremato (71,8%). Quotidianamente viene assunta più carne (9,2%) rispetto al pesce (3,8%) e più frutta (63,1%) rispetto alla zuppa di verdure (57,3%). Durante la settimana, l'80% dei bambini consuma snack dolci, l'82,4% snack salati e il 71,3% assume bibite zuccherate.

Poco più della metà dei bambini risulta iscritto ad una società sportiva e il 41,7% la frequenta per 1-3 ore al giorno per settimana. Le attività fisiche destrutturate occupano da 1 a 2 ore del tempo del 68,4% dei bambini durante i giorni feriali che aumentano a 3 o più ore per il 60,2% nei festivi. Quasi la metà dei bambini, nei giorni feriali, dedica circa 1 ora a giocare al computer o ai *devices* elettronici, un tempo aumentato a 2 o più ore nel fine settimana.

Guardando all'ambiente scolastico, la gran parte delle scuole rilevate offre 90 minuti o più di lezione di educazione fisica e la quasi totalità anche attività ricreative all'aperto. Il 93,8% dispone di mense all'interno della scuola o nel cortile e l'81,3% include l'educazione alimentare nel curriculum scolastico nelle primarie (Rito *et al.*, 2021).

A questa breve panoramica, si integrano una serie di iniziative guidate dallo Stato portoghese, dai professionisti del Servizio Sanitario Nazionale e delle parti interessate in materia. In particolare, tra le *best practices* cruciali vi sono: (1) la strategia integrata per la promozione dell'alimentazione sana; (2) la tassazione sulle bevande zuccherate; (3) le restrizioni sulla pubblicità alimentare mirata ai bambini di età inferiore ai 16 anni e il piano per la riformulazione dei prodotti alimentari, (4) la presenza capillare sul territorio di parchi fitness urbani sia per adulti che per bambini.

Il 29 dicembre 2017, il governo portoghese adotta *La Strategia Integrata per la Promozione dell'Alimentazione Sana* (EIPAS - Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável), un provvedimento intersettoriale che, mediante 51 misure, mira a intervenire all'interno di 7 diversi ministeri – finanze, amministrazione interna, istruzione, salute, economia, agricoltura, silvicoltura e sviluppo rurale e mare – per promuovere un'alimentazione sana[11]. La strategia posta in essere, segue le Raccomandazioni contenute nell'*European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020* e nell'*EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020* e si fonda su 4 assi:

1. cambiare l'ambiente in cui le persone scelgono e acquistano il cibo modificando la disponibilità di cibo in determinati spazi fisici e favorendo la riformulazione di alcune categorie alimentari;
2. migliorare la qualità e l'accessibilità delle informazioni per consentire ai cittadini di fare scelte alimentari sane;
3. promuovere e sviluppare l'alfabetizzazione e l'autonomia dei consumatori;
4. promuovere l'innovazione e l'imprenditorialità nell'area della promozione di un'alimentazione sana.

Per la prima volta un approccio verso la "salute in tutte le politiche" viene accostato al tema della nutrizione e, cercando sinergie tra settori, mira ad evitare impatti dannosi per la popolazione (WHO, 2018a; EIPAS, 2018).

[11] Per approfondimenti https://files.dre.pt/2s/2017/12/249000000/2959529598.pdf.

Tra le altre misure adottate, l'introduzione, dal primo febbraio 2017[12], della tassazione sulle bevande zuccherate. Si prevede, per le bevande analcoliche e addizionate di zucchero o altri edulcoranti, un'imposta a 4 livelli di tassazione: 1 €/hl per bevande con contenuto zuccherino inferiore a 25 grammi per litro; 6 €/hl per bevande con gradazione zuccherina di 25 e 49 grammi per litro; 8 €/hl per bevande con gradazione zuccherina compresa tra 50 e 79 grammi per litro e € 20/hl per bevande con contenuto di zucchero pari o superiore a 80 grammi per litro. Da tale tassa, sono esenti latte, soia o bevande a base di riso, cereali, mandorle, anacardi e nocciole e quelle considerate alimenti per esigenze dietetiche particolari o integratori alimentari, succhi e nettari di frutta, alghe o vegetali (PNPAS, 2019; Repùblica Portuguesa, 2018). A solo 1 anno dalla sua adozione, i dati preliminari di uno studio di valutazione del governo portoghese, rivelano come si sia verificata una riduzione del 15,2% del contenuto calorico medio di questi prodotti e lo zucchero consumato nelle bevande sia diminuito di 5630 tonnellate. Non solo, nello stesso anno, la distribuzione di bevande ad alto contenuto zuccherino è passata da circa il 62% al 38% e vi è stata, conseguentemente, una riduzione anche del 7% nelle abitudini a questo tipo di consumo da parte dei giovani (Repùblica Portuguesa, 2018).

A questa impostazione vengono integrate, con la Legge n. 30 del 23 aprile 2019, alcune restrizioni, in materia di pubblicità di alimenti e bevande, rivolta ai bambini minori di 16 anni e un piano di riformulazione dei prodotti alimentari (DGC, 2019). Tali regole, vietano la pubblicità di prodotti contenenti alto valore energetico, sale, zucchero, acidi grassi saturi e acidi grassi trans negli istituti di istruzione pre-scolare, primaria e secondaria; nei cortili pubblici ed aperti al pubblico, entro un raggio di 100 metri dagli accessi ai suddetti luoghi, ad eccezione degli elementi pubblicitari affissi negli esercizi commerciali o mediante l'apposizione di marchi su mobili da terrazzo, tende da sole o segnaletica integrata nello stabilimento, nelle attività sportive, culturali e ricreative organizzate dalle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie (DGC, 2019). Il divieto si estende, poi, alla pubblicità all'interno di programmi televisivi e di comunicazione audiovisiva su richiesta e alla radio nei 30 minuti prima e dopo i programmi per bambini, programmi televisivi con un'audience minima del 25% sotto i 16 anni. Vieta, poi, l'inserimento di pubblicità durante le interruzioni radio e televisive, nelle sale cinematografiche, nei film per ragazzi sotto i 16 anni, nei manifesti rivolti ai minori di 16 anni, su Internet, attraverso siti web, pagine o social network nonché in App mobili per dispositivi che utilizzano Internet quando i loro contenuti sono destinati a minori di 16 anni. Fuori da questi ambienti si raccomandano pubblicità chiare e obiettive che non incoraggino al consumo del prodotto; non sminuiscano i non consumatori; non creino un senso di urgenza o di pressante necessità nel consumo; non trasmettano l'idea di essere facilmente acquisibili riducendone al minimo i costi o di beneficio nel suo consumo esclusivo o esagerato; non associno il consumo all'acquisizione di status, successo sociale, attitudini speciali, popolarità, intelligenza; non utilizzino figure, disegni, personaggi e mascotte relativi a programmi rivolti ai bambini; non comunichino caratteristiche di alimenti e bevande ad alto valore energetico, sale, zucchero, acidi grassi saturi e acidi grassi trasformati come benefici per la salute tralasciandone gli effetti nocivi (DGC, 2019). Attualmente è in corso il primo studio della Direzione Generale della Salute portoghese per monitorare l'impatto che queste regole hanno su bambini e adolescenti da 3 a 18 anni. Lo studio prevede, per un periodo di quattro settimane, l'installazione di un'applicazione su dispositivi mobili, propri o che bambini e adolescenti usano di

[12] Preceduta da Legge n. 42/2016 del 28 dicembre 2017 sul Bilancio dello Stato 2017 e rafforzata da un'ulteriore Legge n. 71/2018 del 31 dicembre sul Bilancio dello Stato 2019.

più, per monitorare e raccogliere dati sulla pubblicità digitale a pagamento a cui sono esposti durante la navigazione (Casanova, Mixão, 2022; DGS, 2019).

Infine, un altro elemento che agisce sugli stili di vita, all'interno del contesto portoghese, è la capillare presenza di *fitness park* e *parque infantil*, spazi urbani *outdoor* dotati di attrezzature per la ginnastica per adulti e bambini, segnalati anche su *google maps*, in cui non solo si incentiva l'attività fisica con una cartellonistica che spiega come utilizzare gli strumenti ma la si supporta anche mettendo a disposizione un numero gratuito dedicato da contattare in caso di infortunio.

L'attenzione di questo Paese verso gli stili di vita dei bambini, infine, si rafforza, ogni anno, anche in occasione del *Dia das crianças* o giorno dei bambini. Il primo giugno molte iniziative "attive" gratuite sono rivolte ai bambini. Le scuole organizzano visite scolastiche in siti raggiungibili a piedi o momenti ricreativi all'aperto e i vari municipi, all'interno dei propri parchi, allestiscono molte attività motorie coinvolgendo bambini e adulti. Lo scorso giugno 2022, ad esempio, circa 800 bambini – abili e inabili – delle varie scuole del quartiere Benfica (Lisbona), sono state ospitate all'interno del famoso *Estádio da Luz*, il principale stadio di calcio della città di Lisbona, per una giornata all'insegna di sport, body painting e animazioni[13].

3.2. La sorveglianza in Italia

All'interno dell'iniziativa internazionale *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI), l'Italia, mediante i ricercatori dell'Istituto Superiore della Sanità, vi partecipa, sin dal primo *round* (2007-2008), attraverso l'indagine *OKkio alla Salute*. Quest'ultima, è considerata l'osservatorio ufficiale sulla prevalenza di sovrappeso e obesità in Italia e nelle varie Regioni. Inoltre, i report prodotti non solo delineano analisi nazionali e regionali ma anche delle varie aziende sanitarie locali. In questo modo, i dati permettono una comparazione a più livelli: europea, nazionale, regionale, locale per impostare attività di prevenzione e politiche, macro e micro, che supportino il contrasto al fenomeno. *OKkio alla Salute* – promosso dal Ministero della Salute e coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca è, quindi, lo sguardo italiano del *Childhood Obesity Surveillance Initiative*. Dal 2007, si basa su indagini epidemiologiche, ripetute a cadenza regolare, su un campione "a grappolo" di 50.000 bambini tra 8-9 anni. I bambini vengono direttamente misurati (peso e statura) da operatori locali addestrati utilizzando bilancia e stadiometri standardizzati di elevata precisione.

Lo scenario obesogeno, in età pediatrica, dalla prospettiva italiana è molto preoccupante: circa la metà della popolazione, infatti, non ha un peso compatibile con la salute. Le stime nazionali rilevano che la percentuale di bambini tra 8-9 anni sovrappeso si attesta al 20,4% mentre l'obesità intorno al 9,4% con numeri più elevati tra i maschi 9,9% rispetto alle femmine 8,8% (ISS, 2019). Con stime tra 38-43%, i bambini italiani si collocano, a livello europeo, dopo Cipro, Spagna e Grecia, tra i paesi che detengono la più alta prevalenza di sovrappeso (inclusa obesità) in entrambi i generi (COSI, 2021).

[13] Per ulteriori approfondimenti https://www.slbenfica.pt/pt-pt/agora/media-list/gallery/ 2022/06/01/clube- dia-mundial-da-crianca-celebrado-no-estadio-da-luz.

Al fine di approfondire, socio-epidemiologicamente, il fenomeno nazionale su sovrappeso e obesità, ci avvarremo dell'indagine europea *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI)[14], delle prospettive nazionali delineate da *OKkio alla Salute*[15] e dall'Indagine Multiscopo *Aspetti della vita quotidiana di* ISTAT[16].

Concentrandoci sul quadro attuale, le cause di questi dati allarmanti, nella nostra Penisola, si rilevano, in primo luogo, in abitudini alimentari non corrette o inadeguate in termini di assunzione di carboidrati e proteine. Ad esempio, già a partire dal primo pasto giornaliero, l'8,7% dei bambini non fa colazione mentre il 35,6% la fa ma non in modo adeguato. L'equilibrio nella merenda di metà mattinata, poi, che dovrebbe contenere circa 100 calorie corrispondenti in pratica a uno yogurt, a un frutto o a un succo di frutta senza zuccheri aggiunti, non viene rispettato nel 55,2% dei casi. Così come il consumo di almeno cinque porzioni al giorno di frutta e verdura, fruite solo dal 5,7% dei bambini italiani e che, secondo le linee guida sulla sana alimentazione, sono fondamentali a garantire un adeguato apporto di fibre e sali minerali e a limitare la quantità di calorie introdotte (FAO *et al.*, 2020; WHO, 2015). L'assunzione giornaliera di bevande zuccherate e/o gassate che interessa il 25,4% dei bambini, il consumo di snack dolci per il 48,3% e di quelli salati per il 9,4% per più di 3 giorni a settimana, sono tutte abitudini da correggere. In secondo luogo, ciò che influenza la crescita di sovrappeso e obesità in Italia, è un livello di attività fisica che dovrebbe includere, anche non continuativamente, attività moderata o intensa ogni giorno, per almeno 1 ora, e che, al contrario, risulta staticamente sedentaria. La fascia 8-9 anni si avvicina a livelli di inattività[17] del 20,3% con un totale di ore trascorse davanti agli schermi (tv, tablet, videogiochi, smartphone) che eccedono i limiti raccomandati di 2 ore, con tassi del 44,5% (ISS, 2019). Un ultimo indicatore da tenere in considerazione sono, poi, le differenze socio-economiche e il peso corporeo dei genitori. I dati sottolineano che, ad un basso livello di istruzione dei genitori, è associata una maggiore prevalenza di sovrappeso dei figli (COSI, 2022). Il fenomeno è più diffuso tra i minori (3-10 anni) di sesso maschile (27,9% vs 23,1% delle femmine) provenienti da famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso (Bologna, 2020).

Sebbene nella comparazione sovranazionale, lo scenario sia drammatico, si possono notare lievi miglioramenti, in decrescita, sul piano nazionale (sovrappeso dal 23,2% nel 2008/9 al 20,4% nel 2019; obesità: dal 12% al 9,4%). Geograficamente, la distribuzione di eccesso ponderale si spalma in zone territoriali, regionali o macroaree, secondo un gradiente nord-sud con livelli più alti al Sud 34,1% e nelle Isole 28,4% rispetto al Nord-Ovest 20,0%, al Nord-Est 22,4% e al Centro Italia 23,9% (Bologna, 2020).

[14] Per correttezza interpretativa, lo studio europeo COSI stima la prevalenza di sovrappeso e obesità utilizzando i valori soglia per l'IMC desunti da Cole *et al.* (2012) per la definizione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e gravemente obeso. Ciò significa che nell'analisi dei dati sono stati considerati sottopeso i bambini con un valore di IMC = o > 17 in età adulta e gravemente obesi i bambini con un valore di IMC in età adulta = o < 35.

[15] Per la definizione dello stato ponderale dei bambini, OKkio alla Salute si avvale dei valori soglia IOTF. Tuttavia, l'Italia per le sue comparazioni interne utilizza anche le curve del WHO. In tal senso, alcuni valori potrebbero risultare superiori rispetto a quelli riscontrati utilizzando le soglie IOTF.

[16] Tale indagine è condotta annualmente su un campione teorico di circa 24.000 famiglie, per un totale di oltre 45.000 individui. Vengono resi accessibili dati sull'eccesso di peso di una fascia estesa di minori (3-17 anni) rappresentativi a livello nazionale e subnazionale. Essa offre informazioni biennali sull'eccesso di peso di bambini e ragazzi tra diverse etnie, età, aree geografiche, situazione familiare, socio-economica, stili di vita. La prevalenza dell'eccesso di peso è calcolata utilizzando i criteri IOTF. I dati di peso ed altezza sono ottenuti tramite autodichiarazione e non tramite misurazione diretta dovendo fare attenzione ai problemi di sottostima e sovrastima del fenomeno (Bologna, op. cit.).

[17] Secondo l'indagine *OKkio alla salute* (ISS, 2019) sono inattivi i bambini che non hanno svolto almeno 1 ora di attività fisica (strutturata o meno) il giorno precedente all'indagine.

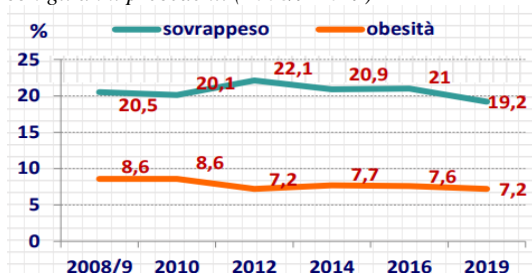
Un incoraggiante dato si riscontra nel fatto che, al crescere dell'età, il sovrappeso e l'obesità, in Italia, diminuiscano raggiungendo un valore minimo tra i 14-17 anni (Bologna, 2020). Le politiche di salute pubblica italiana, poi, attraverso sorveglianze, su scala europea e nazionale, cercano di studiare strategie, sempre più efficaci, in materia di prevenzione e promozione al "peso in salute", in età pediatrica. Ciò supporta la creazione di progetti di educazione alimentare che diffondano consapevolezza e interconnettano bambini, famiglie, scuole, istituzioni politiche e sanitarie. Recentemente, un primo riconoscimento degli sforzi fatti in tal senso, è arrivato da uno studio del WHO (2019a). Esso, analizzando il sistema sanitario italiano nella gestione all'obesità infantile, menziona la "strategia di rete" su più livelli di presa in carico dell'Emilia-Romagna quale *country example*. L'efficace approccio multicomponente orientato al bambino e allargato alla famiglia, il supporto di un team multidisciplinare qualificato e funzionale sono gli elementi che porteranno questa disamina a calarsi nel contesto regionale dell'Emilia-Romagna arrivando a focalizzarsi, ancor più nel micro, nell'area dove l'idea si è originata, Rimini. In tal modo, si porranno le basi per indagare i fattori strutturali e le determinanti sociali di salute che facilitano, ostacolano e influenzano le scelte alimentari e di vita delle famiglie.

3.2.1. I dati sul peso corporeo in Emilia-Romagna

L'Emilia-Romagna, è una regione amministrativa del nord-est Italia con una popolazione infantile al 19,2% in sovrappeso (di cui 21% femmine e 17,5% maschi) e obesa al 7,2% (di cui femmine 6,2% e maschi 8,2%). Un andamento regionale che è, pressoché, stabile (fig. 2) dalla rilevazione del 2008/2009 nonostante i lievi ma positivi miglioramenti (SSRER, 2019a; 2008). Tuttavia, in una prospettiva comparativa nazionale se la tendenza da un lato risulta di poco inferiore alla media nazionale (sovrappeso 20,4% e obeso 9,4%) dall'altro si colloca ad un livello «*troppo elevato, in confronto all'andamento percentuale delle regioni del nord*» (SSRER, 2019a, p. 54).

Oltre a inserirsi in una posizione intermedia all'interno del gradiente Nord-Sud, è necessario considerare che da un punto di vista socio-culturale, l'Emilia-Romagna, è la regione italiana, che possiede tra le più variegate, caloriche e importanti tradizioni culinarie. La Regione è, al contempo, molto fertile nell'offrire opportunità motorio- sportive da praticare a più livelli di professionalità. Focalizzandoci sull'alimentazione e sugli stili di vita, le percentuali di alcuni *items* rivelano uno scenario composto ancora da scorrette abitudini alimentari, da una tendenza alla sedentarietà ma, al contempo, grandi potenzialità per ribaltare tale andamento. Tra i comportamenti alimentari che incidono in negativo sui bambini: la colazione sbilanciata in termini di carboidrati e proteine, il consumo quotidiano di bibite zuccherate e/o gassate, il consumo frutta e/o verdura meno di 2 volte al giorno e quello di snack dolci più di 3 giorni a settimana. Il 16%, poi, risulta inattivo, in miglioramento rispetto al 27% del 2008, ma in peggioramento rispetto al 10% del 2014 e al 13% del 2016. Tale andamento, viene contestualizzato anche realizzando che il 31% dei bambini possiede la TV nella propria camera da letto e il 40% trascorre più di 2 ore al giorno davanti a TV e/o videogiochi/tablet/smartphone (SSRER, 2019a). Altri elementi importanti da sottolineare, con riguardo all'obesità, sono in 1 caso di eccesso ponderale infantile su 3, la presenza di almeno 1 genitore in sovrappeso e una percezione sbagliata sullo stato nutrizionale dei figli per 7 genitori su 10 e sugli stili di vita per 3 madri su 5. Tuttavia, se il livello di istruzione più elevato corrisponde ad un relativo aumento della consapevolezza, si possono ben sperare progressi futuri. Infatti, la

percentuale di genitori con un’istruzione pari o superiore al diploma si attesta al 77,1% (di cui 45,7% diplomati e 31,4% laureati) (SSRER, 2019a).

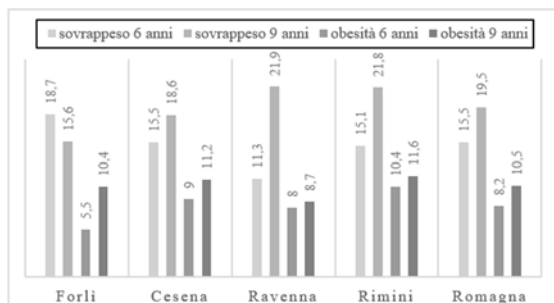
Fig. 2 – Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)

Fonte: Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna (SSRER, 2019b, p. 2)

Nonostante i numeri ancora elevati, sono da notare, poi, lievi miglioramenti, comparando alcuni *items* sia alla media nazionale che regionale, nel corso del tempo. Il 46% dei bambini emiliano-romagnoli, ad esempio, consuma una merenda di metà mattina abbondante e, quindi, non adeguata contro il 58,8% del valore nazionale, un *trend* regionale decisamente migliorato dal 2008 quando si attestava intorno all’80% (ISS, 2019; SSRER 2019a; 2016; 2014; 2008). Questo dato rivela, probabilmente, anche la crescente importanza che la Regione Emilia-Romagna ha dedicato a progetti di educazione alimentare in collaborazione con l’Unione Europea quali *Frutta e verdura nelle Scuole* e *Latte nelle Scuole*[18] che, in alcuni periodi dell’anno, sostituiscono, con frutta, latte fresco, yogurt (anche delattosati) e formaggi, la merenda di metà mattinata a scuola fornita dalle famiglie. A questa impostazione, è necessario coadiuvare un grande potenziale della Regione volto a limitare i casi di obesità sempre a partire dalle scuole ossia la presenza al 91% di mense che, già a partire dagli anni Novanta, si confronta con un’offerta, per la gran parte, bio-sostenibile e a km zero. Tali politiche, si stanno rivelando proattive e in grado di offrire non solo qualità ed efficienza ma anche supporto alle famiglie tanto che, negli ultimi anni, il rapporto dell’Osservatorio sulle mense scolastiche Foodinsider.it[19], il più importante sul territorio, che monitora l’equilibrio delle diete proposte a scuola e l’evoluzione del sistema di ristorazione nei vari Comuni d’Italia, vede alcune città dell’Emilia-Romagna tra i primi classificati. Tra queste, Rimini, a partire dal 2016/2017, si colloca tra i primi posti.

3.2.2. I dati sul peso corporeo a Rimini

All’interno della Regione Emilia-Romagna, e, avvicinando il focus nell’area della riviera romagnola, Rimini rappresenta il caso studio che si analizzerà in profondità. In base ai dati diffusi dell’ISS in collaborazione con l’Azienda regionale sanitaria di riferimento[20] (SSRER, 2006), vanterebbe un sorprendente miglioramento in relazione all’epidemiologia di obesità infantile (tab. 2).

[18] Vedasi http://www.fruttanellescuole.gov.it /home e https://www.lattenellescuole.it/.
[19] Per approfondimenti http://www.foodinsider.it/ alla sezione “Classifica Menu”.
[20] Si tratta di una Sorveglianza Nutrizionale (2006) che l’Azienda Regionale ha attivato, in modo

Tab. 2 – Grafico prevalenza sovrappeso e obesità distinta per fascia di età e per AUSL

Fonte: Elaborazione su dati del Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna (2006, p. 20)

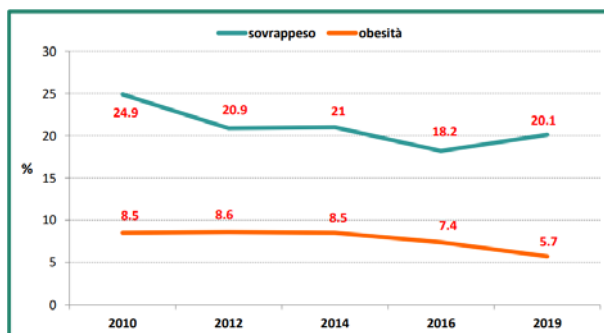
In poco più di 10 anni, Rimini, si attesta tra le città della Romagna, che ha avuto un eccezionale inversione di tendenza: dall'essere considerata la "maglia nera" dei dati a divenire una città virtuosa rivolgendo una grande attenzione agli stili di vita e al *Wellness*[21], alle abitudini alimentari con uno sguardo rivolto ai bambini e alle scuole e a promuovere un percorso clinico assistenziale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso, esportato non solo in tutta la Regione ma, come già accennato, considerato un esempio di buone pratiche europee (WHO, 2019a). Al fine di ragionare su un piano micro-settoriale, in relazione alla comparazione tra città romagnole, si utilizzerà il grafico di tab. 2 che emerge dai dati della prima sorveglianza condotta tra Aziende sanitarie della Regione nel 2003 e nel 2005 con questionari rivolti a famiglie e bambini di 6 e 9 anni (SSRER, 2006). L'analisi numerica, definisce il punto di partenza, in termini di eccesso ponderale, in cui si collocava Rimini rispetto alle altre città romagnole misurate (Forlì, Cesena, Ravenna). Le percentuali di prevalenza, rispetto alle città romagnole riportate, sono effettivamente tra le più alte: è in sovrappeso il 36,9% (di cui 15,1% tra i 6 anni e 21,8% tra i 9 anni) ed è obeso il 22% (di cui il 10,4% nei 6 anni e l'11,6% nei 9 anni). Con l'inizio delle indagini su scala nazionale, e l'ingresso nel sistema europeo COSI, si amplia, poi, la panoramica sull'eccesso di peso, a livello macro-regionale. A tale scopo, si prenderanno in considerazione i dati raccolti nell'ambito di Rimini delle rilevazioni di *OKkio alla Salute* (AUSLR Rimini, 2019; 2016) dal 2010 al 2019.

Come si nota dalla fig. 3, il *trend* di sovrappeso e obesità nell'area di Rimini risulta in progressiva decrescita: dal 2010, si è passati da tassi di obesità intorno all'8,5% sino ai recenti 5,7% mentre per il sovrappeso si è passati dal 24,9% del 2010 al 20,1% del 2019.

La prevalenza resta maggiore tra i maschi (8,2% nel 2016 e 7,5% nel 2019) rispetto alle femmine (6,3% nel 2016 e 3,9% nel 2019) mentre il sovrappeso resta maggiore nelle femmine (22,6% nel 2016 e 24,7% nel 2019) rispetto ai maschi (14,6% nel 2016 e 15,4% nel 2019) (AUSLR Rimini, 2019; 2016).

autonomo, campionando le abitudini alimentari dei bambini allo scopo di avere indicazioni utili a programmare interventi di prevenzione dei "disordini" alimentari. L'indagine è stata condotta in intervalli temporali differenti coinvolgendo bambini che avevano 6 anni nel 2003 e 9 anni nel 2005. Ogni bambino è stato misurato da operatori addestrati. Per sovrappeso e obesità sono stati utilizzati i *cut-off* internazionali di IMC proposti da Cole *et. al*.

[21] La parola Wellness viene qui inserita con la lettera maiuscola per alludere sia al "benessere" come stile di vita attivo che alla più grande kermesse al mondo dedicata a fitness, sport, cultura fisica e sana alimentazione che si svolge ogni anno, proprio a Rimini.

Fig. 3 – Trend sovrappeso e obesità, AUSL Romagna – ambito di Rimini

Fonte: Azienda USL della Romagna Ambito di Rimini (AUSLR Rimini, 2019, p. 14)

Tra gli *items* che influenzano i livelli di sovrappeso e obesità, nell'area riminese, oltre alle differenze di genere, ne emergono anche in relazione alla zona geografica abitativa, al livello di scolarità e allo stato ponderale dei genitori. Ad esempio, la percentuale maggiore di bambini non attivi (28%) vive in aree geografiche > 50.000 abitanti mentre la scolarità elevata del genitore conduce anche ad una migliore percezione di sovrappeso e obesità. Inoltre, quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso, il 22% dei bambini risulta in sovrappeso e il 3% obeso mentre se almeno un genitore è obeso il 38% dei bambini è in sovrappeso e il 17% obeso (AUSLR Rimini, 2019). Tuttavia, possiamo trovare margini, potenziali, di miglioramento se osserviamo i valori socio-economici delle famiglie riminesi: il 77,4% possiede un titolo medio-alto e gli occupati sono il 70,9%.

Per ciò che concerne le abitudini alimentari si sottolinea che il 37% dei bambini e delle bambine, tra 8-9 anni, non fa una colazione equilibrata e il 40% non mangia una merenda di metà mattina adeguata. Le bevande zuccherate e/o gassate restano uno dei comportamenti che non favoriscono una crescita armonica e predispongono, fortemente, all'aumento di peso nel 23% dei casi. Da sottolineare, invece, un dato significativamente positivo, con la diminuzione di bambini che consumano poca frutta e/o verdura al giorno. In particolare, si è passati dal 91% nel 2016, al 54% nel 2019.

Se la propensione naturale dei bambini li conduce a svolgere attività fisica, lo stile di vita moderno favorisce, al contrario, la sedentarietà (Aggio, Smith *et al.*, 2016). Questo viene confermato, nell'area riminese, in cui non solo il *trend* di inattività passa dal 42% del 2010 al 41% del 2019 ma si nota anche un peggioramento, nel lungo e nel breve termine, nel tempo che i bambini trascorrono davanti al televisore o ai videogiochi, tablet, cellulare: per più di 2 ore al giorno per il 38% nel 2010, per il 40% nel 2016 e per il 47% nell'ultima rilevazione del 2019 (AUSLR Rimini, 2019; 2016).

Lo sfondo socio-epidemiologico, sebbene faccia emergere dati ancora importanti sui livelli di sovrappeso e obesità attuale, ha comunque un andamento che ha saputo segnare ampi miglioramenti sul lungo termine e una progressiva, ma più lenta decrescita, nel breve termine. Tale scenario, è frutto di un lavoro condiviso che sta approcciando il problema da diversi punti: dal lato informale e formale, da quello istituzionale e assistenziale, nella relazione adulto-bambini. Questo sarà il microterreno d'azione da cui si svilupperà l'indagine empirica e da cui si manterrà il confronto a livello macro regionale, nazionale e sovranazionale.

2. L’obesità all’interno della sociologia. Le prospettive principali

L’obesità è stata analizzata lungo diverse prospettive teoriche. Una visione, di taglio più psico-sociale, analizza l’obesità lungo la direzione politica neoliberista del mondo occidentale. Tale prospettiva è caratterizzata da un’enfasi sulle opportunità del fare (auto)responsabilmente, anche in materia di salute, corpo e benessere, in cui non sono esenti bambini e adolescenti (Rose Spratt, 2021; Gabe, Cardano, Genova, 2020; Lupton, 2018). Il cittadino responsabile è libero di scegliere, se impegnarsi o meno, ad adottare stili di vita salubri in un sistema di libero mercato che accentua le diseguaglianze e incoraggia a consumare più beni di quelli di cui ha bisogno. In tal senso, l’espandersi dell’obesità viene considerata come il fallimento, anche morale, del controllo delle traiettorie di vita da parte di individui responsabili e informati. E per questo, spesso, considerati colpevoli di non saper mitigare i rischi ad essa legati (Gabe, Cardano, Genova, 2021).

A partire da queste premesse, si tratterà l’obesità come fenomeno dalle cause molteplici la cui eziologia verrà spiegata mediante approcci di tipo analitico e ideale non mutuamente esclusivi ma tra loro interdipendenti.

L’obesità, all’interno della sociologia, può essere esplorata tramite un percorso in cui si relazionano processi biologici e sociali, spesso in tensione tra loro, spiegati mediante approcci di tipo realistico e/o costruzionista (Patterson, Johnston, 2012; Crossley, 2004). Se la letteratura realista, interpreta l’obesità a partire dal discorso medico orientando la discussione sulla consapevolezza individuale, pubblica e del rischio; quella costruzionista, spiega la diffusione dell’obesità come conseguenza di determinati valori culturali storicamente radicati e socialmente costruiti (Patterson, Johnston, 2012; Poulain, 2008).

L’interesse, in questo percorso di ricerca, verso l’eccesso ponderale, già in età pediatrica, privilegerà il focus realista. Esso è ritenuto utile per meglio cogliere il modo in cui i fattori strutturali sociali impattano sullo sviluppo futuro della persona. Tuttavia, si ritiene importante sottolineare che, in un’ottica interdisciplinare, per delineare un quadro di una *sociologie pour l’obesité* completo (Poulain, 2014; 2008) sia necessario prendere in considerazione anche le riflessioni dei teorici costruzionisti (Patterson, Johnstone, 2012). A tale scopo, si offrirà un “silos” teorico di posizioni con la consapevolezza che, in questo quadro, non si mira a presentare, necessariamente, una teoria definitiva sull’obesità o unire la vasta gamma di metodologie utilizzate. Si desidera, invece, gettare un ponte mettendo in luce le intuizioni offerte sia dalla cornice realista che da quella costruzionista – considerando i loro confini – al fine di confutare le concettualizzazioni dominanti che offrono resoconti sull’obesità. In sintesi, verranno analizzate le seguenti prospettive:

a) approcci biologico-evolutivi;
b) il mutamento degli stili di vita;
c) la *political economy* delle industrie alimentari;

d) le diseguaglianze sociali di salute;
e) la costruzione sociale, politica, culturale del corpo;
f) la medicalizzazione del peso;
g) la rappresentazione sociale dei corpi.

1. La cornice teorica realista

Il *frame* teorico "realista", supportato dal campo di medicina, epidemiologia e salute pubblica, illustra quella che, ad oggi, viene considerata la prospettiva dominante sull'obesità (Patterson, Johnston, 2012). L'obesità viene così, anzitutto, letta attraverso la letteratura medica emergendo come un problema sociale dalle cause multifattoriali. Dal comportamento umano alla variazione genetica, i diversi studiosi di questo orientamento hanno posto attenzione ai legami causali che influiscono sull'emergere e il diffondersi dell'obesità spostando il focus talvolta più sugli stili di vita, talaltra più sui determinanti sociali di salute (Genova, Terraneo, 2020; Patterson, Johnston, 2012). Dalla letteratura economica e politica, poi, la prospettiva si espande anche verso aspetti di produzione e distribuzione che influenzano il consumo delle persone in relazione all'ambiente e al loro posizionamento in tale contesto. Qui di seguito, si propongono alcune teorie che spiegano le cause dell'obesità in questa chiave di lettura "realista".

1.1. Approcci biologico-evolutivi

In una prospettiva (epi)genetica (Conti, 2021) e di *life course* (Cappellato, Moiso, 2020), il dialogo tra geni e ambiente può determinare il corso evolutivo dell'individuo. In particolare, alcune stime riportano che la genetica inciderebbe per il 25% sul rischio obesità (Zenti, 2022).

I geni, già prima della nascita, interagendo con l'ambiente intrauterino, possono determinare il corso evolutivo del neonato (Gluckman, 2008). Più specificatamente, osservando le condizioni di salute e nutrizione della madre, nel periodo della gravidanza, se ne possono delineare i possibili rischi di mortalità e di malattie metaboliche dei figli (Kapoor, 2021; Barker 2007). I geni, poi, possono appartenere ad un patrimonio che, per mezzo della selezione naturale, in millenni di storia, ha premiato categorie di individui più capaci di immagazzinare grassi e calorie utili a far fronte a periodi di carestia. Individui che, adattandosi, sono evolutivamente portati alla ritenzione del grasso attraverso il cosiddetto "gene risparmiatore" (Baig *et al.*, 2011) ma i cui corpi si scontrano con stili di vita e condizioni ambientali che sono mutate a favore di abbondanza e sedentarietà (Sullivan 2010, Popkin 2009). L'espressione dei geni, inoltre, non è immutabile e, nel neonato, può modellarsi all'interno dei cosiddetti "primi mille giorni". Le esperienze che la madre fa vivere al suo bambino, infatti, possono modificare non solo l'attività del DNA ma anche i comportamenti associati a determinati geni. L'allattamento è la pratica protettiva più importante, in tale lasso temporale, per la riduzione del rischio di obesità infantile (Rito, Buoncristiano *et al.*, 2019). Con la consapevolezza di non riuscire, in questa sede, a descrivere in maniera esaustiva i molteplici aspetti che della genetica e dell'epigenetica[1]

[1] In biologia, la genetica studia i geni e i meccanismi di ereditarietà mentre l'epigenetica è una moderna branca della genetica che si occupa di comprendere la modificazione nell'espressione genica causata dalla relazione con l'ambiente (alimentazione, attività fisica, aria, condizione psico-emotiva). Cfr. Conti, 2021.

si legano all'eccesso ponderale, ci si soffermerà su aspetti che si sono ritenuti, particolarmente, rilevanti e trasversali alla sociologia. In questa ottica, verranno analizzate le ipotesi biologico-evolutive che sono state correlate al tema dell'obesità: la *thin-fat baby syndrome* (la sindrome del neonato magro-grasso o programmazione fetale), l'ipotesi del *thrifty gene* (o gene parsimonioso) e l'allattamento al seno.

1.1.1. Thin-Fat baby syndrome: una "fame" fetale

Nel 1992, il medico ed epidemiologo inglese David Barker (Hales, Barker, 2013), in uno studio longitudinale, osserva che i bambini con basso peso alla nascita sembrano, particolarmente, soggetti a obesità, diabete, malattie cardiache e altri disturbi metabolici nella vita adulta. L'*ipotesi Barker,* che verrà più avanti da Yajnik e colleghi (2003) definita anche *thin-fat baby syndrome,* analizza il feto, in via di sviluppo, in relazione ad ambiente (intra ed extrauterino) e alla madre. Durante e prima della gravidanza, una nutrizione adeguata ha un ruolo fondamentale su decorso ed esito della gravidanza ma anche sulla prevenzione di gran parte delle patologie materno-fetali. Studi sperimentali sul tema, sottolineano come la malnutrizione fetale, in termini qualitativi e quantitativi, possa predisporre allo sviluppo, tra gli altri, dell'obesità infantile (Kapoor, 2021). Nelle osservazioni di Barker un feto denutrito inizia a comportarsi in modo parsimonioso per sopravvivere. Il feto in via di sviluppo carente di un equilibrato nutrimento, comincerà, infatti, ad allocare energia lontano dal pancreas – organo indispensabile per il funzionamento del sistema digerente – a favore dello sviluppo di altri organi e tessuti, come il cervello. A seguito di tali modificazioni endocrino-metaboliche intrauterine, però, se l'alimentazione extrauterina migliorerà nell'arco della vita e diverrà, addirittura, "abbondante", si originerà una discrepanza tra l'ambiente in cui il feto si è formato e quello in cui si è evoluto dopo la nascita. Il pancreas, sviluppato da un feto parsimonioso, pertanto, non avrà imparato ad esempio a trasformare il glucosio in energia e sarà più soggetto a sviluppare malattie metaboliche tra cui l'obesità, anche sul lungo termine. Alcuni studi che analizzano tali anomalie intrauterine, rilevano che il fenotipo *thin-fat* (magro-grasso) nei neonati nati molto magri, in termini di massa scheletrica, si associa anche a una disequilibrata distribuzione del grasso corporeo, una ridotta tolleranza al glucosio e un'elevata pressione sanguigna diastolica, già nella seconda decade di vita (Kuriyan *et al.*, 2020; Yajnik *et al.*, 2003). Da questa ipotesi, il biologo Jonathan Wells (2011), espandendo l'analisi, parla di "previsione meteorologica". Egli spiega come il feto utilizzi alcuni segnali nutrizionali dell'ambiente intrauterino per "prevedere" la tipologia di ambiente che incontrerà nella prima infanzia e programmare la struttura e il funzionamento di organi e metabolismo. Di conseguenza rallenterà la divisione cellulare per riservare l'energia disponibile alla sopravvivenza. A partire dall'organogenesi, quindi, la fame "fetale" prepara il sistema metabolico alla parsimonia se avverte una inadeguata alimentazione, durante la vita intrauterina. Tuttavia, potrebbe accadere che la risposta del neonato ai cambiamenti strutturali e fisiologici, possa essere segnata da una fame "inesauribile" o di disequilibrata assimilazione del cibo che spiegherebbe la relazione tra bambini con basso peso alla nascita e inclinazione all'obesità, in età infantile, che spesso persiste in età adulta (Barker, 2007). L'importanza della programmazione fetale, quindi, sottolinea come le condizioni gestazionali possano incidere, in modo importante, sulla salute, del bambino (nel breve termine) e dell'adulto (nel lungo termine) mediante effetti che, legandosi ai fattori contestuali e strutturali, potrebbero incidere sulla sua salute in modo permanente (Kuriyan *et al.*, 2020).

1.1.2. Thrifty gene: un'ingombrante eredità genetica

Il genetista americano James Van Gundia Neel (1962) – e in seguito altri suoi colleghi – indaga come il genoma umano, l'insieme del patrimonio genetico che caratterizza ogni organismo vivente, possa includere geni a rischio per patologie che esordiscono in età adulta.

Affrontando il tema dell'obesità, secondo una spiegazione evolutiva, viene ipotizzato che la tendenza ad acquisire peso sia un tratto adattivo dei geni codificatori del deposito di energia che da vantaggiosi sono diventati incompatibili, con lo stile di vita contemporaneo. L'ipotesi *thrifty-gene* – genotipo parsimonioso – altrimenti detta anche "sindrome dell'alterazione della omeostasi genetica", "sindrome da civilizzazione" o "sindrome da alterazione dello stile di vita" (Kapoor, 2021), si basa sul presupposto che l'evoluzione della specie umana sia avvenuta in condizioni di duro sforzo fisico per la ricerca di viveri. A questo si sono alternate, nelle varie aree geografiche e continenti, carestie e periodi di siccità. Se guardiamo alle diverse epoche, infatti, la storia è piena di momenti di assente o diseguale prosperità e l'evoluzione genetica si associa all'adattamento e alla sopravvivenza, degli esseri umani, regolata su questi momenti.

In linea con il pensiero del biologo Ernst Mayr (1994), l'evoluzione è il frutto della selezione di una caratteristica genica che è risultata molto vantaggiosa per una specie tramandandola, ripetutamente, nel corso della selezione naturale. La capacità di compensare periodi di digiuno o di scarsità, garantendo la sopravvivenza, è una caratteristica ubiqua alle specie e agli organismi. Il gene parsimonioso, infatti, era già presente negli organismi unicellulari – che possiedono i nostri stessi meccanismi di ereditarietà e metabolismo – centinaia di milioni di anni prima della comparsa di uomini e mammiferi così come negli animali, specie quelli che migrano o vanno in letargo. Esso attivava un meccanismo tale per cui, in un periodo, si mangiava a sazietà e si accumulava grasso per far fronte alla fase meno attiva.

Negli esseri umani, il grasso – che può essere accumulato e codificato parsimoniosamente per restituire energia quando necessario – si deposita, naturalmente, nell'adipe viscerale, situata tra gli organi interni. Il meccanismo, tuttavia, si è "inceppato" e può predisporre all'obesità, specie in quella parte di mondo, dove l'individuo, non avendo più bisogno di "riserve di grasso", continua ad accumularne (Baig *et al.*, 2011). I geni, non riconoscendo questa variazione, continuano a stimolare il *thrifty-gene* che lavora come se si stesse preparando ad un periodo di digiuno alimentare.

Tuttavia, tale ipotesi è stata criticata poiché non in grado di spiegare l'eterogeneità dell'obesità tra e all'interno delle popolazioni. Prentice (2006), che analizza socio-evolutivamente la questione, sostiene che la pressione selettiva non sia stata "sempre presente". Secondo l'autore, si tratta di un fenomeno recente. Nei 10.000 anni circa dall'avvento dell'agricoltura, infatti, è possibile che non ci sia stato tempo sufficiente perché i geni parsimoniosi raggiungessero per tutti, gli esseri umani, la fissazione. Inoltre, vi è, in tal senso, una differenza importante, osservando le differenti tipologie di società, presenti in epoca arcaica. Le famiglie di cacciatori-raccoglitori, infatti, riuscivano, certamente meglio, rispetto a quelle agricole, a utilizzare fonti di cibo alternative quando incontravano difficoltà ambientali e, quindi, ad essere meno soggetti a stimolare l'ipotesi parsimoniosa dei geni.

Osservare la parsimonia del gene, quindi, necessita cautela. In un'ottica di biologia positiva (Loos, Yeo, 2022), è utile considerare tali geni, quindi, con l'obiettivo di comprendere come essi dialoghino con l'ambiente circostante per coglierne aspetti sociali in relazione a sovrappeso e obesità.

1.1.3. L'allattamento al seno: uno scudo fondamentale

All'interno del percorso biologico-evolutivo intrapreso, il grasso corporeo e il bilancio energetico differiscono in base al genere e influiscono su fertilità, cicli ovarici e gestazione (Genné-Bacon, 2014). L'adipe, nelle donne, si è adattata, naturalmente, a depositarsi nelle mammelle e nella parte inferiore del corpo al fine di "allevare" il neonato. Quando le donne divennero bipedi, infatti, la pressione selettiva favorì coloro che avevano sviluppato mammelle di dimensioni superiori, come indice di fertilità e predisposizione ad allattare. Nelle società primitive, l'allattamento al seno richiedeva tra 500-1000 kcal al giorno e durava fino ai 3-4 anni momento in cui il bambino era in grado di camminare e seguire la tribù alla ricerca di cibo (Kapoor, 2021).

La predisposizione biologica del corpo delle donne, insieme all'allattamento al seno, si lega a doppio filo con la modulazione dell'espressione genica del bambino. L'allattamento è, infatti, un mezzo, universalmente accettato, per la nutrizione del neonato. Ha effetti sulla salute, la sopravvivenza, la crescita infantile, lo sviluppo cognitivo. Esso, inoltre, risulta, specie nei primi anni "critici" di vita, un fondamentale "scudo" per lo sviluppo del neonato, per la sua necessaria nutrizione, per la protezione dalle infezioni allontanadolo dal rischio di esposizione all'obesità (Verduci *et al.*, 2014). In alcuni studi, integrati dalle raccomandazioni del WHO[2], è stata dimostrata anche un'associazione temporale con il rischio obesità. I benefici si ottengono con allattamento al seno esclusivo per i primi 6 mesi di vita, prolungati, laddove possibile, fino ai 2 anni o oltre con gli adeguati alimenti complementari. Tuttavia, la letteratura mostra (Hadisuyatmana *et al.*, 2021; Cukrowska-Torzewska *et al.*, 2020) come il perseguimento positivo di tali benefici richieda, sempre più, madri consapevoli, culturalmente sensibili e informate sul valore dell'allattamento ma anche supportate, per poter superare i diversi ostacoli di natura strutturale che spingono all'abbandono sistematico di tale pratica

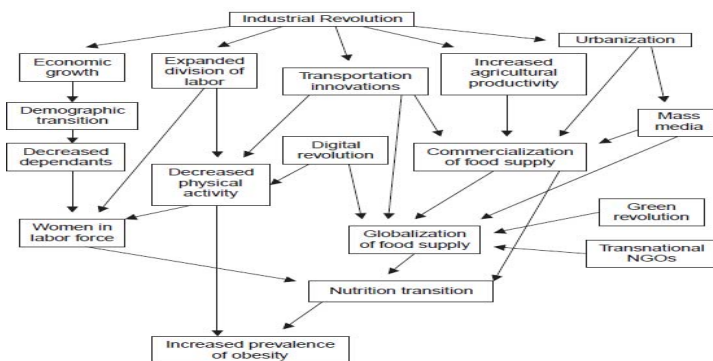
1.2. Il mutamento degli stili di vita: gli schemi sedentari del mondo globale

La sociologa Deborah Sullivan (2010), propone di leggere le principali dinamiche intervenute nella diffusione dell'obesità secondo una visione olistica che analizzi il mutamento degli stili di vita, a partire dalla seconda metà del XX secolo, con particolare attenzione all'attività fisica (fig. 1).

Riflettendo sull'epidemiologia sociale dell'obesità, Sullivan (2010), prende in prestito le riflessioni di Rose (1985) su incidenza e prevalenza di una malattia, e indaga alcune tipologie di comportamento che possono limitare o facilitare l'aumento dei tassi in una popolazione. Il modello macro-teorico che ne emerge, interpreta la crescente prevalenza dell'obesità quale frutto di una disfunzione sociale latente, iniziata a partire dall'industrializzazione del XIX secolo in Europa occidentale e Nord America. I cambiamenti nel tessuto sociale reputati più incisivi sono stati urbanizzazione, produzione agricola intensiva e divisione del lavoro, crescita economica, entrata della donna nel mercato del lavoro, sviluppo dei sistemi di trasporto, nascita dei mass media e rivoluzione digitale, transizione demografica, commercializzazione, globalizzazione della produzione e distribuzione di cibo. Da lavori all'aperto – dove si contemplava un notevole sforzo fisico – a lavori dietro alle scrivanie e alla conseguente diminuzione quotidiana dell'attività fisica diretta (es. trasporti) o indiretta (es. televisione, *smart devices*), tali macro-cambiamenti, legandosi

[2] Per ulteriori approfondiment https://apps.who.int/nutrition/topics/exclusivebreastfeed ing/en/.

insieme, hanno decretato, tra gli altri, aumento di peso e patologie correlate. Insomma, Sullivan (2010) nota come non ci sia un'epoca che abbia contemplato, per la popolazione, così poca attività fisica e così tanta sedentarietà quanto la nostra.

Fig. 1 – Modello del mutamento sociale dell'epidemia di obesità

Fonte: Sullivan (2010, p. 319)

Un ambiente costruito in tal modo gioca un ruolo importante anche negli stili di vita dei bambini. Il modello ecologico sociale (Ohri-Vachaspati, DeLia *et al.*, 2015) ci aiuta a far emergere tale associazione. Osservando i contesti sociali, culturali, economici e ambientali di vita viene rilevato come la lontananza da strutture, interne o esterne, per praticare l'attività fisica (intesa anche come movimento non intensivo, possibilità di camminare senza usare mezzi di trasporto) e il progressivo uso della tecnologia, anche nell'ambiente ricreativo, determini – soprattutto per la popolazione infantile e adolescenziale – forse per la prima volta nella nostra evoluzione, l'opportunità o la sfortuna, di vivere una vita, quasi completamente, sedentaria (Potwarka *et al.*, 2008; Tremblay, Barnes *et al.*, 2005).

Un significativo studio, che osserva in modo diretto tale mutamento sociale in età evolutiva, è stato condotto da Tremblay e colleghi (2005). Gli studiosi si rifanno, in particolare, alla cultura Mennonita, un gruppo religioso originato dal movimento antibattista europeo del XVI secolo, riemerso in Canada tra il 1800-1830, che educa i bambini ad una peculiare resistenza ai cambiamenti sociali e tecnologici. In una ricostruzione "ideale" di un modello intergenerazionale sugli stili di vita (fig. 2), essi ribadiscono come le variabili "tempo ricreativo" (multimediale), "tecnologia" (automatizzata) e "trasporto" (motorizzato), abbiano influito sull'insufficiente movimento nell'età evolutiva contemporanea. Conseguentemente, tali comportamenti sembrano accelerare il rischio di sviluppo precoce di sovrappeso e obesità e malattie ad esso correlate (Tremblay *et al.*, 2005).

La prospettiva della *political economy* analizza la diffusione dell'obesità in relazione alla qualità merceologica di parte dei prodotti alimentari, attualmente, in commercio e il modo in cui vengono proposti.

A partire dalla seconda metà del XX secolo, l'industrializzazione dei sistemi agroalimentari ha eroso i tradizionali legami tra uomo e ambiente, spostato gran parte della popolazione rurale nelle città, allentato i rapporti fra consumatore e cibo e imposto nuovi ritmi sul piano alimentare sostituendo – pur con molte differenze a livello sociale – l'atavica malnutrizione dei secoli precedenti. Il globale sviluppo

delle grandi catene di distribuzione, dei super e ipermercati, ha accresciuto, poi, la portata distributiva del mercato. Ciò ha delocalizzato gli alimenti potendone così disporre, potenzialmente, in grandi quantità, varietà e in qualunque stagione (Poulain, 2008; Fischler 1992).

Fig. 2 – Stili di vita a confronto tra Vecchio Ordine Mennoniti (OOM) e bambini canadesi (MCC)

Variable	MCC (Early 1900s)	OOM (Today)	MCC (Today)
Education	School frequently left early for work	Grades 1–8 followed by 2 yr of apprenticing	Grades 1–12+ among the majority
Housing	No electricity or piped water in rural areas	Electricity and piped water among the majority	Electricity and piped water among the majority
Recreation	Cycling, horseback riding, swimming, and walking	Auctions, barn raisings, family games, singing, and swimming	Cycling, jogging, swimming, television viewing, and video games
Technology	No computers or televisions	No computers or televisions	Computers and televisions among the majority
Transportation	Bicycles and horse-drawn vehicles	Bicycles and horse-drawn vehicles	Bicycles and motorized vehicles

Fonte: Tremblay *et al*. (2005, p. 1188).

1.3. La political economy dell'industria alimentare

L'alimento moderno, continuamente risemantizzato nelle funzioni nutrizionali e sociali, è sempre più "a servizio". Esso è, infatti, spesso già preparato, mondato, istantaneo, non più o non per forza esclusivamente nella cucina di casa. Composto, sempre più, da ingredienti grassi, zuccherati, saporiti, prodotti su larga scala e distribuiti in grosse porzioni a costi contenuti. Inoltre, viene supportato, collateralmente, da pubblicità e marketing. In tale "ecosistema iperspecializzato", dunque, l'alimentazione diviene industriale e i prodotti ingeriti, anche quelli che arrivano dalla fattoria, sempre più trasformati e standardizzati nei gusti (Fischler, 1992).

Date tali premesse, la prospettiva del sociologo Stephen Mennel (1985) ci introduce ad una lettura, più approfondita e critica, del fenomeno della *political economy* delle industrie alimentari, in relazione alla diffusione dell'obesità. L'autore, infatti, sostiene che sia necessario analizzare il comportamento dei consumi anche in relazione al marketing e alla comunicazione pubblicitaria. I consumatori, scegliendo un'alimentazione pronta, veloce, qualitativamente e quantitativamente, poco attenta, si allontanano dalla dimensione artigianale della cucina. Tuttavia, nelle loro scelte, pesa anche l'influenza, al limite della manipolazione che le strategie di marketing e le pubblicità possono avere sui loro bisogni, gusti e desideri.

Per approfondire il comportamento, analizziamo il contesto contemporaneo con lo sguardo neoliberista dello studioso Gerardo Otero (2018). L'autore ci propone una prospettiva in cui – nella convinzione che il benessere potesse essere raggiunto, autonomamente, dal privato – il mercato libero ha offerto diete, sempre più "convenienti" economicamente, basate su alimenti ultra-trattati. Le scelte comportamentali, non sempre salubri, degli individui – secondo Otero – si sono modellate su "diete neoliberali" che li hanno esposti ad una serie di vulnerabilità, individuali e ambientali. All'origine del mutamento di tali comportamenti, un punto importante sarebbe rappresentato dalla femminilizzazione del lavoro. Il progressivo distanziamento dal classico ruolo di "angelo del focolare", ricoperto dalle donne in cucina, infatti, avrebbe aumentato non solo la probabilità di mangiare cibi pronti e/o mangiare fuori

casa ma anche creato famiglie "povere di tempo" – nuclei in cui le funzioni produttive si contrarrebbero e le suddivisioni dei compiti incentrati sull'attività alimentare (fare la spesa, preparare o ordinare i pasti) diverrebbero negoziabili. Per tali ragioni, l'individuo appare più orientato a trovare soluzioni, pratiche e veloci, per mangiare conciliando la quotidianità professionale, il tempo libero e lo svolgimento di più cose possibili insieme piuttosto che dedicarsi, quasi totalmente, al momento del pasto. A tal proposito, sempre più, si è sviluppata la ristorazione fuori casa che demanda a terzi il momento della produzione alimentare. Dalla tavola calda al ristorante d'appalto, alla mensa scolastica, la ristorazione collettiva provvede ad un numero sempre crescente di pasti e per rispondere alle attese della clientela, vengono create offerte menu in modalità *self-service* o buffet. Il contemporaneo rituale di distribuzione e consumo "fuori casa", orientato al rapporto costi-benefici, viene definito dal sociologo George Ritzer (2020) processo di "McDonaldizzazione". Le scelte comportamentali nell'alimentazione degli individui risentono, infatti, di una crescente razionalizzazione (Ghia, 2010) e organizzazione (Watson, 2019) funzionando secondo i principi cardine della nota ristorazione *fast food.* Pertanto, risultano *efficienti* volendo soddisfare il bisogno di nutrirsi rapidamente e ad un costo non eccessivo; *calcolabili* orientate alla quantità; *prevedibili* offrendo, ovunque, alimenti conosciuti; e *controllate* da macchine e procedure standardizzate.

Incardinata in un tale contesto, la *political economy* della "dieta neoliberista" possiede costi sociali importanti. L'alimentazione è, sempre più, ipercalorica basata su cibi, cotti o precotti, da completare o addirittura solo riscaldare anche in confezione monodose. La casa moderna offre elettrodomestici iperfunzionali (dal frigorifero al forno, al microonde, alla lavastoviglie) che non stimolano il "fare" in cucina ma piuttosto il "delegare" alla tecnologia. Il crescente demandare "a terzi" le preparazioni, il consumo occasionale ma anche il differente, limitato o inesistente, accesso al cibo sano, quindi, combinandosi insieme, non fanno che alimentare i problemi sul piano nutrizionale (Capatti, Montanari, 2006).

Un sistema alimentare caratterizzato da scelte "gastro-anomiche", guidate da regole flessibili e mangiatori, sempre più, soli davanti alle loro pulsioni e appetiti fisiologici, avvicina, sin da piccoli, ad un modello nutrizionale scorretto (Fischler, 1992). E se i comportamenti malsani, in età evolutiva, si sedimentano come abitudine – a scapito di quelli salubri – difficilmente col crescere, si potrà assistere ad un'inversione di tendenza.

L'impatto che influenze scientifiche, economiche e sociali hanno su scelte alimentari e obesità – con un'enfasi sul ruolo del marketing alimentare – verrà, ora, analizzato attraverso la prospettiva dell'esperta internazionale di sociologia e di studi enogastronomici Marion Nestle. L'autrice ritrae il sistema consumistico-valoriale edificato, negli ultimi quarant'anni, e il modo in cui esso ha influito e influisce sull'alimentazione. In primo luogo, l'autrice nota come, dal 1980, i prezzi di prodotti "sani" – come frutta e verdura – siano, progressivamente, aumentati con l'inflazione lasciando, invece, quelli di *soft drinks* e snacks più accessibili (Nestle, 2022). Ciò ha favorito la diffusione di "deserti alimentari", aree geografiche in cui l'accesso al cibo sano è limitato se non inesistente (Amy *et al.*, 2016; Shaw, 2006). In tale sistema, quindi, è più facile inserirsi per offrire una tipologia di cibo, sempre più, *palatable* (appetitoso) sia per le porzioni *super-size* che per i prezzi accessibili (Moss, 2013). E con la scusa di dover mangiare per vivere, il consumatore sceglie di farlo a basso costo e in grandi quantità (anche se non adeguate). In secondo luogo – continua Nestle (2022; 2020) – le strategie commerciali delle multinazionali alimentari sono volte alla costruzione di rituali chilocalorici, per avvicinare il consumatore ad un

alimento. Nei templi del tempo libero, ad esempio, è, ormai, "buon uso" accompagnare *soft drinks*[3] a *pop corn* (sostituiti o integrati da sacchetti di caramelle gommose o zucchero filato). I rituali, poi, si rinforzano e si sedimentano – nelle coscienze delle persone – grazie o a causa di *slogan* e *gingle* che accompagnano le abili campagne mediatiche.

Per Nestle (2020), insistere sulla responsabilità diretta del consumatore, dunque, tende ad ignorare, completamente, le azioni che il marketing – anche quello meno visibile promosso mediante legami e finanziamenti alla ricerca nel campo della nutrizione – determina sugli individui. Gli studi scientifici, commissionati a scienziati qualificati, provocano, in questo senso, molti problemi di chiarezza, di etica nei risultati, di interpretazione e, in ultimo, di esposizione a rischi per la salute. Comunicando ad un pubblico, apparentemente, informato, le industrie alimentari non solo negano la propria responsabilità nel contribuire a problemi come l'obesità ma, spesso, orientano i risultati di alcune indagini ponendo l'attenzione su certi prodotti piuttosto che su altri (Nestle, 2020; 2018a). Tra gli esempi pratici, una delle retroanalisi più note di Nestle (2020) è quella, pubblicata nel 2015 sul New York Times, dove rivelò che dietro i risultati di una ricerca scientifica – che aveva affermato che una scarsa attività fisica (e non una dieta inadeguata) fosse responsabile dell'obesità – ci fosse, senza essere menzionato, il finanziatore Coca Cola. Le conseguenze dell'articolo condussero il CEO di Coca Cola a professare la propria trasparenza e, quindi, a rendere pubblica la voce "ricerche, collaborazioni e attività professionali di salute" della propria spesa aziendale. La trasparenza, però – sostenne Nestle (2020) – permise anche analisi e comparazioni, più approfondite. Alcuni ricercatori indipendenti, a tal proposito, analizzando gli studi finanziati da Coca Cola – in cui si indagava la correlazione tra assunzione di bevande zuccherate e obesità (e diabete) – rilevarono che su 26 ricerche che sostenevano che non vi fosse alcuna associazione, 25 erano state sovvenzionate da industrie alimentari (Nestle, 2020; Schillinger *et al.*, 2016). Con questo caso studio (anche mediatico), Nestle, getta luce sul modo in cui le grandi *corporation* tentano di influenzare i consumatori e distolgono l'attenzione verso il rischio di salute prodotto da alimenti "malsani". A tal proposito, la studiosa, non solo critica il comportamento – discutibile – all'interno di ricerche su commissione ma anche la stipula di accordi che, molte grandi industrie, hanno redatto, nel tempo, con associazioni di dietetica e nutrizione (tra le più autorevoli) per mostrare il proprio impegno verso l'educazione alimentare.

Per citarne alcuni, la collaborazione "Food FUNdamentals" tra l'American Dietetic Association con McDonald's prevedeva l'acquisto di speciali *Happy Meal* che contenevano gadgets – animati a forma di cibo – durante il mese nazionale sulla nutrizione oppure i *counting books* (libri per contare), in omaggio, con l'acquisto di caramelle, biscotti e cereali dolcificati. Un controverso *check and balance* in cui, attirati dall'intento formativo, vi è una "spinta indorata" all'acquisto e al consumo di alimenti tutt'altro che nutrienti. Un punto su cui Nestle (2015) si sofferma è, poi, il target a cui, campagne di questo tipo, fanno riferimento. Esse non mirano solo a raggiungere la popolazione infantile ma cercano l'approvazione di quella adulta. E quest'ultima non è, certamente, esente dal fascino di certe promozioni. Negli anni Novanta, a seguito di un accordo, i marchi di *soft drinks* furono collocati sui biberon per bambini (fig. 3). Fu, in seguito, dimostrato che i genitori, che avevano acquistato questi biberon "griffati", avevano una probabilità, di quattro volte superiore, di riempirle di soda rispetto a coloro che usavano biberon classici (Nestle, 2015).

[3] Si intendono le bevande analcoliche zuccherate.

Fig. 3 – Biberon con marchi di soft drinks

Fonte: Nestle (2015, p. 134).

Se tali esempi possono lasciarci, oggi, perplessi se non, addirittura, indignati, è perché è cambiato il modo in cui la *political economy* di alcuni prodotti viene proposta. Non eliminata ma resa, forse, più impercettibile. I prodotti industrializzati, ultra-processati, zuccherati sono proposti, ovunque, intorno a noi. E, anche luoghi che, apparentemente, non vi hanno nulla a che fare come le librerie, le biblioteche, i negozi di vestiti attendono solo una spinta, poco evidente, che ne attivi il bisogno (Nestle, 2022).

Il *comfort food* o cibo di conforto è un'altra idea, fortemente connotata socialmente, su cui fanno leva le grandi *corporation.* Si tratta di alimenti che vengono associati ad uno stato d'animo e, dunque, consumati in una sorta di *emotional eating* (Giancotti, 2011). Durante questo stato emotivo, in cui si è alla ricerca di conforto e di controllo delle emozioni, all'atto di mangiare è attribuito un valore consolatorio, nostalgico e/o sentimentale. Più nello specifico, cibi ipercalorici, ricchi di energia, grassi, sale o zucchero attivano un sistema di ricompensa che offre piacere, gratificazione e un senso, immediato ma temporaneo, di elevazione emotiva.

Durante la pandemia da Covid-19, il *comfort food,* specie quello "evocativo", è stato, fortemente, protagonista. Le campagne "Share a Coke" di Coca-Cola e "Abbracci" di Mulino Bianco, entrambe, dedicate agli "eroi di tutti i giorni" (Arthur, 2020; Abc7NY, 2020) ma anche il lancio di "Taste of…" del marchio di patatine Lay's dai gusti di ispirazione internazionale per soddisfare le voglie di cibo e di viaggio, durante le restrizioni a causa della pandemia, vanno tutte in questa direzione (fig. 4).

Fig. 4 – Alcune campagne pubblicitarie di comfort food e soft drinks durante il COVID-19

Fonte: foto 1 – Coca Cola (2020), foto 2 – Lay's[4] (2020), foto 3 – Mulino Bianco[5] (2021)

[4] Come in https://www.facebook.com/lays/posts/no-travel-no-problem-were-bringing-flavor-to-you-tell- us-if-youd-rather-jet-away/10158519598708058/.

[5] Vedasi https://www.assocarenews.it/infermieri/abbracci-dedicati-agli-infermieri-mulino-bianco-porta- negli-scaffali-le-sue-confezioni-colorate-di-azzurro.

Non solo *soft drinks*, *junk food*[6], *comfort food* ma anche *superfoods*[7] contribuiscono a creare un "sistema alimentare disfunzionale" (Nestle, 2018c) in cui le industrie alimentari giocano un ruolo importante. I *superfoods* (Nestle, 2018b) – curcuma, zenzero, semi di chia, avocado, melograno, mirtilli rossi, bacche di Goji, noci, açaí, maqui – rappresentano i supereroi della tavola salutista. Essi invadono gli scaffali dei supermercati, vengono offerti in bar e palestre e si trovano in varie forme: essiccati, in succhi o estratti, pillole o sali integratori. Promettono di avere "superpoteri", particolarmente, benefici per la salute per prevenire e curare condizioni diversissime tra loro. Tuttavia, sostiene Nestle (2018c), nessun alimento, da solo, rende salutare una dieta poiché mangiamo molti cibi e in diverse combinazioni che differiscono in fabbisogno nutritivo. *Superfood* è, quindi, anch'essa un'idea costruita dal *funding effect* (effetto finanziamento) ossia dalla collaborazione tra il settore di grandi aziende alimentari e quello di nutrizione e dietetica. Ciò, secondo la Nestle (2018c), porta ancora una volta a opinioni distorte, programmi di ricerca influenzati e consigli dietetici compromessi. Mediante queste analisi di Nestle e Otero che sottolineano, in qualche modo, il lato oscuro del *business* alimentare inserito in un contesto neoliberale, emerge come la *political economy* utilizzi ogni mezzo – legale, normativo e sociale – visibile o meno visibile per creare un ambiente favorevole alla vendita dei prodotti e ottenere giudizi di approvazione sulla qualità nutrizionale o sui benefici per la salute in un mercato competitivo (Nestle, 2018 a;b). E questo con effetti, da non sottovalutare, sin dall'infanzia.

1.4. Le diseguaglianze sociali di salute: una selezione "incarnata"

Le diseguaglianze sociali di salute – *inequities in health* – sono, strettamente, coinvolte, a molteplici livelli, nell'analizzare l'obesità. A partire da una combinazione di più variabili, le diseguaglianze sociali sono in grado di influenzare, profondamente, le condizioni di salute di un individuo o di una comunità. Secondo la prospettiva dell'intersezionalità (Moretti, 2020; Cockerham *et al.*, 2017), tali variabili operano, su più livelli, anche simultaneamente, nel corso di vita alimentando e costruendo, reciprocamente, condizioni svantaggiose per alcuni rispetto ad altri.

Nella letteratura sociologica, si riconosce a tali diseguaglianze il carattere sociale delle *inequalities* ossia differenze sistematiche, potenzialmente, evitabili e ingiuste poichè superabili, mediante strumenti ragionevoli e un'adeguata azione politica (Genova, Terraneo, 2020; DoRs, 2015; WHO, 2014). All'origine di tali differenze, i determinanti di salute la cui presenza può influenzare – in senso positivo o negativo – la storia clinica di un individuo, durante il corso di vita. I determinanti possono essere individuali (capitale genetico/biologico, comportamentale, psicologico e sociale)[8] e contestuali (fattori ambientali, geografici, politici, culturali e istituzionali) e sono, quindi, in gran parte, socialmente condizionati. Osservando i determinanti, le diseguaglianze di salute possono apparire "incarnate" nella fisiologia delle persone e, intessendosi tra loro, generare dei meccanismi strutturali che, accumulandosi, originano o rafforzano la stratificazione sociale, i limiti e le opportunità di salute. (Cardano, 2008). Le diseguaglianze "incise" sui corpi riflettono – all'interno delle società contemporanee – le differenze di posizione sociale, i dislivelli di potere, le

[6] Trad. "cibo spazzatura" che comprende alimenti altamente ricchi in zucchero o sale.
[7] Trad. Supercibi termine commerciale per identificare un prodotto alimentare che si presume conferisca benefici per la salute derivanti da un'eccezionale densità di nutrienti.
[8] In particolare si fa riferimento a reddito, istruzione, occupazione, classe sociale.

ineguali condizioni economiche ma anche i mezzi a disposizione per reperire e accedere alle risorse alimentari. E, dato che tale gradiente sociale attraversa tutta la società, interessa tutti i cittadini (Della Bella, 2011).

Nel tentativo di spiegare la relazione con l'obesità, partiamo dal presupposto che le diseguaglianze possono originarsi osservando tre traiettorie non mutuamente esclusive: quella comportamentale, della selezione sociale e strutturalista/materialista. In ottica comportamentale, le diseguaglianze si analizzano osservando gli stili di vita; nella selezione sociale si comparano le diverse condizioni di salute ai percorsi di mobilità sociale; ed infine, nella spiegazione strutturalista (o materialista), la posizione sociale occupata dall'individuo si riflette sull'esposizione a fattori materiali e psicosociali (Della Bella, 2011; Phelan *et al.*, 2010; Cardano, 2008).

Comportamento, percorsi di vita e posizione nella struttura sociale dipendono, fortemente, dalla condizione socio-economica che è un altro fattore da considerare quando si misura la condizione di obesità. La variabile socio-economica, infatti, raggruppa insieme le possibilità derivanti dall'accesso alle risorse (finanziarie, sociali, umane, cognitive) e dal posizionamento (geografico, politico, istituzionale, culturale ed economico) dei luoghi di vita (Adams, 2020).

Negli ultimi cinquant'anni, prima i paesi sviluppati e, più recentemente, anche quelli in via di sviluppo hanno affrontato la cosiddetta *transizione alimentare* ossia il passaggio da un'alimentazione basata prevalentemente su cereali e ortaggi ad una carente in fibre e volta al consumo di alimenti di origine animale, ultra processati, ricchi di energia, grassi e zuccheri (Della Bella, 2011; WHO, 2007b). Conseguentemente, le popolazioni – sia negli Stati Uniti che in molti Paesi Europei, anche in quelli, tradizionalmente, rappresentati dalla cosiddetta "dieta mediterranea" – dispongono di offerte alimentari molto abbondanti anche se, paradossalmente, non in frutta e verdura. Nonostante le riforme sociali, i progressi medico-sanitari e un benessere diffuso – che hanno migliorato la qualità e l'aspettativa di vita della maggior parte delle persone – non bisogna dare per scontato che l'accesso a quantità illimitate di prodotti alimentari sia uguale per tutti, ogni volta che ne abbiano necessità (Meglio, 2017). Il cibo, infatti, non solo può non essere agevolmente raggiungibile, ma spesso le varianti ultra processate sono meno costose e più facili da ottenere. Sia uno studio negli Stati Uniti che in Cina (Wang *et al.*, 2014; Richardson *et al.*, 2011), evidenzia come, in molte comunità a basso reddito e/o residenti nei quartieri periferici, non sia materialmente possibile comprare cibo fresco in banchi alimentari o supermercati. Per farlo, è necessario spostarsi, avere tempo e avere denaro. Gli stessi studiosi osservano come, all'interno di questi paesi, i meccanismi che danno origine alle diseguaglianze sono radicati e mantengono stabili tutte le più importanti differenze sociali nella salute. Dunque, in uno stesso ambiente obesogeno non tutte le persone hanno uguali probabilità di diventare obese (Wang *et al.*, 2014; Richardson *et al.*, 2011; Della Bella, 2011). La relazione tra diseguaglianze e obesità è, dunque, molto complessa e le variabili socio-economiche ne evidenziano il peso.

Osservando, più nello specifico, alcuni indicatori individuali che misurano le diseguaglianze sociali (istruzione, occupazione, reddito o una combinazione di questi) si proverà a valutare il benessere di un individuo sulla base delle possibilità di offrire un "paniere alimentare" nutrizionalmente equilibrato. La pendenza del gradiente è, tuttavia, variabile.

L'istruzione è l'indicatore che, mediante l'acquisizione di risorse conoscitive ed educative nonché lo sviluppo di competenze di autocontrollo, influisce positivamente su stili di vita alimentari e comportamentali, in tutte le fasi del corso di vita (Della Bella, 2011; Mancino *et al.*, 2004). Alcuni studi mostrano, in tal senso, che individui con bassi livelli di istruzione sembrano avere una probabilità di diventare obesi cinque volte superiore a quelli con un livello di istruzione più elevato e che i

genitori meno istruiti potrebbero esporre, più frequentemente, i figli alla sedentarietà, agli "schermi" e alla pubblicità di cibi non salutari (Adams, 2020; DoRs, 2015; WHO, 2014).

La situazione occupazionale/reddituale è un altro fattore che incide, in modo consistente, sulle scelte e sul rischio di obesità. Essa è, infatti, correlata alle conseguenze della povertà e dell'insicurezza alimentare (Adams, 2020; Nettle *et al.*, 2017). Ricerche condotte nel Regno Unito (Roberts *et al.*, 2013; Griffith *et al.*, 2013), in seguito all'aumento dei prezzi dei prodotti alimentari, hanno mostrato come le famiglie a basso reddito tendano a ridurre il budget destinato alla spesa alimentare e ad acquistare alimenti alternativi più economici. Lo stesso studio, inoltre, sottolinea come, specie in famiglie monoparentali, tali circostanze, favoriscano l'acquisto di alimenti a lunga conservazione rispetto a frutta e verdura fresca.

Osservando gli indicatori contestuali (ambiente, politiche, struttura economica, sistema culturale, sociale e sanitario), il gradiente geografico dei luoghi di vita ci guida nell'analisi del divario, che potrebbe originarsi su scala locale e/o sovranazionale. Fin dalla prima rassegna di studi di Sobal e Stunkard (1989), emerge una configurazione opposta, tra paesi sviluppati e in via di sviluppo, nella relazione tra diseguaglianze e obesità (Della Bella, 2011; Stunkard, Sorensen, 1993). Nei paesi a basso reddito o in via di sviluppo, in particolare, emergono crescenti livelli di sovrappeso e obesità nei gruppi socio-economicamente più ricchi mentre in quelli ad alto reddito o sviluppati sono le persone che vivono in condizioni meno abbienti ad avere maggiori problemi legati al peso in eccesso (Adams, 2020). Man mano che un paese si sviluppa, sembrerebbe che la prevalenza di obesità cresca e che il rischio si sposti nei gruppi con basso status socio-economico (Della Bella, 2011; McLaren, 2007). All'interno dei territori locali, poi, il gradiente geografico – che suddivide Nord e Sud – ricalca, ulteriormente, ineguali aspetti sociali, economici e culturali. In Europa, ad esempio, il tasso di obesità infantile cresce andando dalle regioni settentrionali verso quelle meridionali (COSI, 2022; 2021).

Analizzando, poi, le politiche sanitarie, la presenza di un apparato in cui vige un welfare universalistico offre maggiori tutele, a prescindere dalla posizione sociale del singolo, rispetto ad un welfare residuale (Graham, 2012). Secondo alcuni autori, infatti, i gruppi sociali più a rischio di diventare obesi sono coloro che trovano difficoltà nell'accedere a servizi sanitari, interventi di prevenzione e trattamento (Martínez-Gómez *et al.*, 2013). Altri fattori ambientali, come il clima, la qualità dell'aria e dell'acqua, il rumore, le sostanze chimiche pericolose, le condizioni materiali dell'abitazione e dell'ambiente lavorativo, le opportunità offerte dal quartiere, le reti e le risorse sociali, sono da tenere in considerazione per misurare, strutturalmente, il grado di incidenza sulla diffusione di sovrappeso e obesità (Genova, Terraneo, 2020). Le relazioni tra questi fattori generano iniquità e ingiustizia sociale ma i processi attraverso cui le diseguaglianze si generano e si amplificano passano attraverso una serie di meccanismi, spesso, impercettibili. Tra questi, la probabilità di vivere eventi di vita stressanti o di sperimentare, ripetutamente, relazioni sociali che innescano la condizione di "stress cronico". Un "tempo" di esposizione a momenti di rottura e/o di criticità che si accumula, nel corso della vita, e incide sulla salute delle persone. Ma anche il possesso di "risorse" come denaro, conoscenza, potere, prestigio da investire per proteggersi da questi rischi, più o meno prevedibili.

L'insieme di questi fattori, specie se incontrati in età precoce, sono capaci di aggredire e rendere vulnerabile lo stato di salute del singolo, andando a esercitare una forte influenza, nei diversi e complicati percorsi della vita prestrutturandone il destino (Moretti, 2020).

2. La cornice teorica costruzionista

In generale, gli studiosi costruzionisti sostengono che la centralità del discorso sull'obesità sia il tessuto sociale, culturale, politico di riferimento. Per tali ragioni, ne osservano le costruzioni e le rappresentazioni (Patterson, Johnston, 2012). Si identifica una forte e una debole corrente costruzionista, in relazione al tema dell'obesità. La versione "forte" ci dice che la diffusione di obesità è un costrutto originato dal discorso sociale e ne contesta il legame con malattia cronica e/o con l'aumento dei tassi di incidenza e prevalenza, a livello epidemiologico (Campos *et al.*, 2006). La versione "debole" non necessariamente ostruisce, la conoscenza medico-scientifica sull'obesità, ma la ritiene incompleta e irregolare nonché influenzata da norme e strutture di potere. In ambito accademico, i costruzionisti analizzano l'obesità all'interno del campo interdisciplinare dei *fat studies* (Meloni, Mibelli, 2021; Farrell, 2020; Lupton, 2016). Tale ambito combina prospettive e metodi di ricerca delle scienze umane e sociali e focalizza l'attenzione sui corpi umani grassi. L'obiettivo è quello di decostruire i dualismi: magro = persona di successo vs. grasso = oppresso nonché di sovvertire o compensare le nozioni dominanti di obesità come patologica. Con l'obiettivo di dimostrare i punti deboli e le lacune della prospettiva realista, i costruzionisti si approcciano in modo riflessivo all'analisi dell'obesità enfatizzandone l'origine e le conseguenze sociali. A partire da tale approccio, nei prossimi paragrafi, si darà spazio al corpo e alle sue "forme" nei diversi significati e rappresentazioni assunti all'interno del tessuto sociale. Come sostengono alcuni pionieri della sociologia del corpo (Shilling 2012; Turner, 2007), quest'ultimo pur essendo una "presenza assente" è espressione di processi sociali nel tempo e nello spazio.

2.1. La costruzione sociale, politica e culturale del corpo obeso

Concettualmente, il corpo è difficile da definire: è un elemento, naturale e materiale, in dotazione ad ogni individuo caratterizzato da un insieme di organi con proprie funzioni ma è anche un fertile "oggetto" sociale, politico, e culturale che si costruisce e definisce, continuamente, nel corso della vita e all'interno delle relazioni.

Sebbene la sociologia abbia fatto molta fatica ad affermarsi in questo campo, studiare il corpo significa guardare ad una stretta connessione tra fisico, psiche e contesti socio-politico-culturali. Insomma, considerare come, l'oggetto di studio medico-scientifico, non solo sia "temporaneamente" precario ma possieda una indissolubile connessione con la coscienza personale esperita (Ghigi, Sassatelli, 2018). Secondo l'interpretazione fenomenologica, infatti, ciascun individuo mediante il proprio corpo – *Körper* – la macchina anatomica percepita, studiata, osservata, si pone in dialogo con la corporeità – *Leib* – la presa di coscienza di avere e di essere un "corpo vivo" e, in tal senso, affronta le proprie esperienze nel e con il mondo della vita – *Lebenswelt* – modellandosi, quotidianamente, mediante scelte, rappresentazioni personali e/o sociali, decisioni, più o meno, istituzionali, richieste – esplicite o implicite – e processi resi più significativi rispetto ad altri. All'interno di questa cornice di senso, la "forma" del corpo influisce sul modo in cui la persona fa esperienza in una coestensione tra parte materiale e riflessiva. Nel definire il corpo, quindi, dipende a cosa ci riferiamo quando ne parliamo. Certamente, il corpo, contemporaneo, è l'esito di un lungo percorso di costruzione che ha attraversato varie epoche e discipline che lo hanno connotato come «organismo da sanare, come forza-lavoro da impiegare, come carne da redimere, come inconscio da liberare, come supporto di segni da trasmettere» (Galimberti, 2021, p. 11).

Prima del VI-VII secolo a.C – anno di nascita della filosofia nelle polis greche – il corpo veniva inteso solo nella sua forma fisica. Una forma che, come si evince visibilmente anche dall'arte paleolitica con le Veneri (come quella di Willendorf)[9], associava la corpulenza alla fertilità, alla prosperità, al nutrimento. Una forma che, al contrario, i Greci – che possedevano un'estetica di bellezza volta alla ricerca razionale degli ideali assoluti di espressione fisica, scultorea e morale – già con Ippocrate, identificheranno come disturbo nonché presagio di altre malattie. In questo universo simbolico delle società arcaiche, tuttavia, il corpo non è isolabile dalla corporeità e non rappresenta la singola identità ma il luogo comunitario tra l'essenza naturale e sociale. Il corpo risulta un blocco unico che contribuisce, come un anello, al valore della comunità (Galimberti, 2021). Ci penserà il filosofo Platone – nell'Atene tra 300-400 a.C – ad introdurre l'idea di anima per identificare come il sentire del corpo non sia oggettivo ma cambi in ciascun individuo, ribaltando la visione comunitaria primitiva e aprendo ad uno schema di civiltà nuovo che orienterà l'intera cultura occidentale. Nel passaggio alle società individualiste, il corpo si spezzerà metafisicamente e diverrà il luogo della duale separazione tra avere ed essere, cielo e terra, spirito e materia, natura e cultura. La nascita di tale principio di realtà – dove il valore sta da una parte e il disvalore dall'altra – apre anche ad una sorta di mortificazione, sia laica che cristiana, verso la corruttibilità fisica del corpo in eccesso (Galimberti, 2021). Esemplari, in tal senso, le parole del profeta Isaia (765-VIII secolo a.C.) che definisce le persone obese "voraci malvagi" che oltrepassano i limiti del lecito ma anche quelle dello stesso Platone che considera la gastrimargia – la ricerca del piacere di mangiare – un crimine contro la polis (Niola, 2018).

Per vedere un'ulteriore evoluzione di questa impostazione, dobbiamo fare un salto temporale dopo Cristo e aspettare il Seicento. Partendo dalla filosofia greca e dalla religione biblica, Cartesio va oltre il dualismo platonico-cristiano e relega la sua ragione scientifica tra la *res cogitans* (anima o mente), una dimensione dell'Io caratterizzata dal pensiero, in connessione con la *res extensa* (corpo), l'involucro che la contiene, e lascia l'essere umano distinguersi, visivamente, dagli altri. In tal modo, il corpo, ritenuto un simulacro biologico autonomo e con proprie funzioni, viene, progressivamente, oggettivato e distanziato da mente/anima e governato da proprie leggi fisiche (Galimberti, 2021; Fugali, 2012).

Nel tessuto sociale premoderno, il corpo mondano e l'anima spirituale, progressivamente, divengono luogo di tensione di quell'*homo duplex* (Ross, 2017) che vive tra impulsi egoistici individuali – come la soddisfazione del bisogno di nutrirsi e dissetarsi – e quelli che pertengono alla dimensione sociale e morale che dovrebbero elevarlo e renderlo capace di assimilare le regole di condotta per essere funzionale alla società (Shilling, 2012). Nonostante lo stato di anomia[10] che potrebbe originarsi, dalla dissonanza tra schema corporeo ideale e immagine reale in questa società ad essere sotto accusa non è ancora l'estetica del corpo obeso in sé ma l'etica verso l'appetito da tenere sotto controllo (Niola, 2018).

A partire dalla fine dell'Ottocento, la rivoluzione industriale e il processo di secolarizzazione determinano un nuovo mutamento concettuale con la tendenza centrale volta a domare le passioni e gli istinti. Il corpo diviene sempre più luogo di

[9] La Venere di Willendorf è solo una delle statuette di Veneri paleolitiche (risalenti al 30.000 e 20.000 a.C) raffiguranti donne visibilmente obese con grosse mammelle, un addome enorme e cosce formose che rappresentano un modello femminile persistente nelle società primitive e in alcune società arcaiche.

[10] Il termine introdotto da Durkheim viene ripreso dal sociologo Robert Merton per osservare come l'individuo nella società persegua degli obiettivi in relazione ai mezzi posseduti potendo scegliere di avere un atteggiamento conformista, innovatore, ritualista, rinunciatario o di ribellione. Qui l'anomia è intesa, allargando lo sguardo alla funzione del corpo, quale dissociazione tra obiettivi (avere un'immagine corporea conforme) e mezzi (controllare l'appetito).

civilizzazione (Elias, 1988), riflesso del ritmo ascetico del lavoro (Ghia, 2010) e la nozione economica di "valore" ne tratteggia il confine tra disciplina e alienazione. Il potere della disciplina, sulla vita stessa, stabilisce il confine tra "normale" e "patologico/deviante", orienta le scelte, facilita la mobilità nelle dinamiche sociali, rendendo virtuoso il controllo e volgare l'eccesso (Ghigi, Sassatelli, 2018). A partire dall'epoca moderna, le logiche di potere e sapere, intervenute nelle pratiche di governo (su sessualità, riproduzione, malattia) e nei diversi contesti istituzionali (prigioni, scuole, fabbriche), si riversano anche sui corpi in una biopolitica (Foucault, 2015) o politica dei corpi (*body politics*) che ne regola l'uso e la rappresentazione dominante nel tessuto sociale. La costruzione politica del corpo lascia emergere stereotipi e differenze, modi di rappresentazione che finiscono per diventare legittimi e virtuosi. Un modello di organizzazione cui la popolazione può e deve conformarsi. Tuttavia, la biopolitica confligge con corpi che sono tutt'altro che neutri e dalle "forme" non sempre conformi che cercano, continuamente, di posizionarsi nell'arena sociale (Ghigi, Sassatelli, 2018; Foucault, 2015). Con lo sviluppo delle grandi metropoli occidentali di fine Ottocento e la nascita di un atteggiamento *blasé* in cui la vista è il senso che inizia a dominare sull'esperienza delle persone (Simmel, 2014), si comincia a fare attenzione alle, inequivocabili, differenze incise nei corpi. Il corpo visibile riflette la differenziazione di genere, etnia, classe, si orienta alla cura dell'immagine per la sua esposizione imparando a modularsi tra contesti pubblici o privati. Contemporaneamente, il punto di vista della scienza diviene "il reale". Le forme anatomiche assumono carattere identitario, oggetto di studio e di cura della persona e l'idea che il peso esteriore abbia un contrappeso interiore conduce la medicina a distinguere tra un'obesità tollerata poiché stenica e tonica ed una patologizzata in quanto astenica e flaccida (Galimberti, 2021; Niola, 2018). Le scienze umane e sociali, quindi, iniziano a misurare in pesi e volumi, in diminutivi e accrescitivi la "normalità" dei corpi. Nella complessità e precarietà della vita contemporanea, la sociologia, con un'impronta costruzionista, ha inteso il corpo anche come *medium* ossia mezzo di raccolta degli aspetti culturali e valoriali che interagiscono e si condizionano nel tessuto sociale (Ghigi, 2020). In tal senso, il corpo assume un valore simbolico-comunicativo e uno pratico-mimetico. Nel primo caso, in linea con il pensiero dell'antropologa Mary Douglas e dell'economista Baron Isherwood (2013), il corpo ospita e veicola un insieme di segni e simboli iscritti o da iscrivere esprimendo le pressioni culturali e sociali delle diverse culture. Nel secondo caso, in accordo con il pensiero degli antropologi e sociologi Marcel Mauss (2017) e Pierre Bourdieu (2016), il corpo si offre – come un veicolo di acculturazione del soggetto – apprendendo tecniche che ne rispecchiano la sua collocazione nella struttura sociale. I gesti, nello specifico, anche quelli, apparentemente, innati, sono acquisiti naturalmente e, si sedimentano in tecniche utili a fare esperienze, sensazionalmente e sensorialmente, diverse (Mauss, 2017; Douglas, Isherwood, 2013). Un pasto ricco in carboidrati, ad esempio, nel mondo occidentale, potrà apparire gratificante per le classi popolari ma risultare pesante e ipercalorico per quelle medio-alte. Dagli usi culturalmente elaborati del corpo emergono le categorie e i simboli vigenti in un contesto che lasciano aperte una gran quantità di possibilità di impiego, significati, interpretazioni (Merleau-Ponty, 2003). La costruzione culturale del corpo, quindi, mediante sistemi organizzati di simboli significanti e comportamenti, diventa una "bussola" per interpretare la società in un certo spazio e tempo storico. Al corpo vengono prese le misure, della vita e del girovita, riproducendo i rituali su cui si fonda la struttura sociale (Niola, 2018; Douglas, 2014).

Politica e cultura hanno legittimato, socialmente, il corpo sia in quanto elemento modellato dalla società sia in quanto modellante la società stessa (Shilling, 2012). Costruire socialmente un corpo, poi, significa collocarlo nello spazio e nel tempo e

osservare le pratiche diverse e diseguali, le reti e le relazioni che esso o mediante esso si originano. Non si tratta di un dato biologico, innato e fissato, bensì il risultato dell'incorporazione sociale, un processo appreso e interiorizzato, fin dalla tenera età, che varia, nel tempo e nello spazio, e influenza la vita quotidiana (Elias, 1988). Un *habitus* – come lo chiama Bourdieu (2016) – che, a partire dalla nostra nascita e durante il corso della vita, apprendiamo e proviamo, talvolta, a negoziare. Un *habitus* che influenza l'approccio verso la tipologia di corpo che abbiamo in dotazione – considerando sia la direttrice orizzontale (genere, etnia, età, peso, altezza) che quella verticale (classe e posizione sociale, status socio-economico, istruzione, nazionalità, emozioni, aspetto esteriore) nell'interpretazione, spesso dicotomica, che gli assegniamo (anziano e giovane, malato e sano, normale e patologico). L'incorporamento è un processo *scalare* originato dalle relazioni sociali; *circolare* nell'interazione tra cultura e istituzioni; *attivo* nell'auto riprodurre/modificare/sfidare le norme sociali; *incessante* per sé e per gli altri e *conteso* all'interno di sistemi gerarchizzati (Ghigi, Sassatelli, 2018). In questa sorta di equipaggiamento espressivo, molta importanza viene data al mantenimento dell'interazione ordinata e alla riproduzione di ruoli e identità sociali, a seconda dell'interlocutore. La sociologa americana Hochschild (2006), in tal senso, nota come nell'interazione con gli altri lavoriamo moltissimo sul nostro corpo al fine di calcolare il miglior modo per presentarci adeguatamente, corrispondere ad aspettative ed emozioni da tenere, più o meno, sotto controllo.

2.2. La medicalizzazione del peso: curare, correggere, migliorare

Nel Novecento, il corpo si impone come luogo della riconquista del Sé ma anche territorio da esplorare, non privo di contraddizioni. La relazione dualistica si espande in un corpo che diviene mezzo per la realizzazione del benessere e dell'apparire con una forte connotazione di genere. Le teorie nel Novecento, costruiscono realtà che sono categorizzanti, spesso, facendo emergere corpi femminili difettosi che dovrebbero, costantemente, tendere alla desiderabilità (Ghigi, Sassatelli, 2018). Il sociologo Anthony Giddens (1999), parla di corpi-progetto su cui il soggetto tenta di intervenire per costruire una propria narrazione identitaria. Qualche anno più tardi, anche a causa della pervasività della tecnologia, in ogni ambito della quotidianità, Codeluppi (2007), definirà un vero e proprio processo di vetrinizzazione per descrivere la progressiva spettacolarizzazione di ambiti e pratiche che prima separavano pubblico da privato, ribalta da retroscena. La vetrina mostra un corpo che riflette un'idea morale, un dovere sociale ma anche un bisogno di adesione ai canoni estetici di una società lipofobica (Fischler, 1992), angosciata dal grasso, e della prestazione (Chicchi, Simone, 2017), tendente al continuo automiglioramento del Sé. Il corpo, ingrandito dalle luci della vetrina, diviene il più bell'oggetto di consumo. L'individuo – esponendosi allo sguardo altrui – lavora sul corpo, volendolo arricchire, migliorare, modificare e investendo in attività ad esso rivolte come dieta, fitness, trattamenti di bellezza. Ciò, con l'obiettivo di avere una sensazione di gratificazione nel riuscire a controllare, almeno in parte, la propria vita (Baudrillard, 2020; Codeluppi, 2007; Hochschild, 2006).

La costruzione di un corpo ideale non solo muta in base ai dettami della propria cultura, politica e società di riferimento ma anche in relazione ai progressi del sapere medico. Il corpo, nel corso del XX secolo, come si evince, è diventato qualcosa da conquistare con l'esercizio e la cura ma anche campo di intervento medico-chirurgico per la fabbricazione di molteplici sé perfettibili. Il ricorso a cornici interpretative di tipo medico si è espanso su dimensioni nuove nella vita sociale che Conrad (2007), definisce medicalizzazione. Ciò che viene ritenuto bello da ciò che invece

viene considerato brutto non è più il risultato di un destino naturale ma il prodotto di una disciplina corporea e di un investimento sul proprio corpo (Baudrillard, 2020; Giddens, 1999). Dal momento in cui si è iniziato a discutere di obesità, come problema medico in termini di malattia o patologia, anche il peso è divenuto medicalizzabile. La medicalizzazione del peso, prendendo forza dal dialogo epidemiologico tra i tassi di morbilità e mortalità dell'obesità, si inserisce in un contesto in cui davanti a dimensioni corporee fuori controllo, l'idea perpetuata dalla macchina medica e sociale è quella che ciò che è patologico o possa divenire tale debba, al contrario, essere tenuto sotto controllo (Dillaway, 2017; McHugh, Chrisler, 2015).

La medicalizzazione del peso verrà, tra queste pagine, analizzata su tre livelli: quella della cura (farmacologica) in termini di prevenzione e trattamento; quella del miglioramento umano (stili di vita) ed infine quella relativa alla correzione (diretta sulle forme dei corpi).

2.2.1. Curare

Con il termine "curare" si analizza, qui, la medicalizzazione del corpo in termini sia di prevenzione, laddove non vi sia uno specifico bisogno, che di trattamento, laddove, al contrario, sia necessario intervenire, interpretando il peso come stato patologico o, potenzialmente, tale con la conseguente messa in atto di tutti quei dispositivi che mirano, farmacologicamente, a eliminarlo, contenerlo o non farlo originare.

La medicalizzazione si accompagna, in questi termini, al concetto di farmacologizzazione (Maturo, Esposito, Tognetti, 2020) ossia al progressivo uso di sostanze chimiche sul corpo umano quale soluzione ai problemi della vita. Un uso, nella vita domestica, che trasforma condizioni, capacità o abilità umane in questioni farmaceutiche preventive, di potenziamento o trattamento.

Curare, secondo un'accezione di prevenzione, pone l'attenzione su come la medicalizzazione del peso si leghi a quella definizione di corpo ideale che permette all'individuo di condurre una vita senza troppe privazioni. E cercare nelle "scorciatoie" farmacologiche, che tolgono la fame o bloccano l'accumulo di grasso, il modo per mantenere un peso ideale e/o non far originare l'eccesso. A tal proposito, le farmacie – sia fisiche che online – offrono una quantità sorprendente di soluzioni, non sempre autorizzate, e spesso fai-da-te. Dagli "integratori per accelerare il metabolismo", alle "gocce" brucia-grassi e per il drenaggio liquido che promettono di "funzionare dal primo giorno" fino alle sostanze chimiche ottenibili in modalità mimetica o nascosta[11], come pillole dimagranti, psicofarmaci con proprietà anoressizzanti, psicostimolanti, o iniezioni in uso per il trattamento di altre patologie come il diabete di tipo 2 che riducono l'appetito, favoriscono la perdita di peso e ritardano, addirittura, l'invecchiamento. Ma anche i farmaci – utilizzati in passato e attualmente vietati – amfetamino-simili o ad azione sui recettori per i cannabinoidi che stimolano la sazietà, inibiscono il senso di fame a livello di sistema nervoso centrale con gravi effetti neuro-psichiatrici, cardiovascolari e di dipendenza.

La diffusione di "rimedi" per prevenire l'accumulo di peso è allarmante, soprattutto, per gli effetti sulla salute che comportano. Uno studio americano recente (Levinson *et al.*, 2020), fa emergere come l'uso di pillole dimagranti e lassativi da

[11] Con modalità mimetica si intende un uso distorto del farmaco che è stato prescritto in precedenza direttamente all'individuo o ad un terzo per altri fini facilmente reperibile in casa; con modalità nascosta si allude alla ricerca nello spazio "dark" sia del web che della quotidianità di mercati del farmaco non autorizzati (off-label).

banco, da parte di giovani donne tra 14 e 36 anni, senza diagnosi di disturbo alimentare e quindi senza prescrizione medica, abbia condotto l'1,8% di coloro che hanno usato pillole dimagranti e il 4,2% di coloro che hanno usato lassativi a ricevere una diagnosi di disturbo alimentare durante i tre anni successivi. Altre ricerche (Rogovik *et al.*, 2009; Wilson *et al.*, 2006), hanno messo in luce come l'11% degli adolescenti – tra 14-19 anni – abbia utilizzato grandi quantità di integratori per la perdita di peso durante la propria (breve) vita. Una pratica che sembrerebbe coinvolgere anche bambini, già a partire dai 5 anni di età che, all'interno di alcuni ambiti competitivi come quello sportivo o dei concorsi di bellezza, possono ricorrere a misure così drastiche per la perdita rapida o il mantenimento di peso (Figlioli *et al.*, 2021; Barley *et al.*, 2018; Reale, Slater *et al.*, 2017).

La vendita di integratori per il controllo del peso è decollata, specie in Italia, portandola a detenere il primo posto nel mercato europeo (23%)[12]. Ciò, probabilmente, sia perché il settore intercetta una nuova attenzione sociale allo stare in salute sia perché tali rimedi vengono percepiti, dalle persone, come naturali e quindi, tendenzialmente, più "sicuri" dei farmaci da prescrizione. L'Agenzia Italiana del Farmaco[13] sottolinea come la percezione dei rischi, legati all'acquisto di medicinali, ottenuti anche *online* da fonti non sicure, sia sottostimata, nonostante gli effetti collaterali, spesso letali, e le azioni di contrasto al crimine farmaceutico.

La diffusione della medicalizzazione del peso, in senso preventivo, può essere il risultato di una progressiva revisione che, nel corso del tempo, ha interessato l'individuo-paziente, svincolandolo sempre più da una relazione rigida col medico e col sistema sanitario e lo ha collocato in un modello *Client Centered* (Graffigna, Barello, 2017). In tale ottica, l'individuo è divenuto, sempre più, un cliente che non si rivolge solo ed esclusivamente ai servizi assistenziali ma organizza autonomamente la cura di sé (*self-care*) anche in base alla propria percezione di benessere e malessere (Moretti, 2020).

Diversa l'analisi sul trattamento che, invece, fa riferimento alla cura guidata e condivisa in ambito medico. Trattare, in tal caso, è inteso come affrontare uno stato che viene definito patologico mediante un intervento *ad hoc*. Tale intervento, viene prescritto all'interno della relazione medico-paziente e viene istituzionalizzato nella cornice del *sick role* (Parsons, 1975) mediante alcune aspettative che hanno il principale scopo di orientarsi alla guarigione lasciando che il medico – occupandosi della cura e del trattamento – riporti il paziente (*engaged*, impegnato allo scopo) alla salubrità e al suo ruolo sociale produttivo (Moretti, 2020). Tale politica non esenta bambini e adolescenti con problematiche di peso che vengono coinvolti in progetti – supervisionati dagli adulti – in cui devono cercare di acquisire responsabilità nella gestione del proprio corpo (Favretto, Zaltron, 2021).

La medicalizzazione del peso, in termini di trattamento anche farmacologico, viene decisa dal medico solo in aggiunta alla modifica dello stile di vita e in presenza di un valore di IMC pari a 30kg/m2 oppure 27kg/m2 se in presenza di altri fattori di rischio o altre malattie. Attualmente, sono tre i farmaci approvati per il trattamento dell'obesità o del sovrappeso negli adulti mentre, recentemente, la *Food and Drug Administration* (FDA, 2021) americana ha autorizzato un nuovo medicinale, già anti-diabetico, che dai primi studi sembra avere risultati, eccezionali, nella perdita di peso simili a quelli ottenuti con la chirurgia (Wilding *et al.*, 2021; Blüher, 2019). Tuttavia, seppur autorizzati, tali farmaci non sono privi di effetti collaterali come

[12] Seguono Germania (13%), Francia (9%) e Regno Unito (8%). Come in Censis (2019) https://www.censis.it/welfare-e-salute/salute-gli-integratori-alimentari-utilizzati-da-32-milio ni-di-italiani.

[13] Per approfondimenti https://www.aifa.gov.it/-/acquisto-online-da-canali-non-autorizza ti-occorre-una- maggiore-consapevolezza-del-rischio.

disturbi gastrointestinali, crampi, carenza di alcune vitamine. Alcuni medici, poi, possono decidere di affiancare al trattamento farmacologico, integratori alimentari, probiotici o preparazioni galeniche magistrali[14] che, tuttavia, non hanno indicazioni terapeutiche specifiche approvate né sono supportate da prove di efficacia e sicurezza clinica comprovate[15].

In età pediatrica e adolescenziale, il ricorso ai farmaci non può essere determinato dal mero uso del criterio di massa corporea. Esso può attuarsi, esclusivamente, dopo il comprovato fallimento di tutti gli interventi di modifica dello stile di vita e solo per bambine e bambini con età superiore ai 12 anni (Singhal *et al.*, 2021; Rogovik *et al.*, 2009). Tra i farmaci presenti in commercio, due sono approvati dalla FDA per il trattamento dell'obesità in età pediatrica e adolescenziale: uno per la gestione della grave obesità a lungo termine, in bambini-adolescenti di età superiore o uguale ai 12 anni, e l'altro, per un breve periodo fino a 12 settimane, rivolto ad adolescenti di età superiore ai 16 anni. Tuttavia, l'approccio terapeutico ideale dovrebbe evitare, il più possibile, la tossicità del farmaco considerando che il corpo di bambini e adolescenti risulta farmaco sensibile. Gli integratori per dimagrire, infatti, possono compromettere la loro sana crescita interrompendo l'assunzione regolare di nutrienti essenziali, influire sul sistema nervoso centrale e creando dipendenza (Gaeta *et al.*, 2022; Singhal *et al.*, 2021).

2.2.2. Correggere

La medicalizzazione del peso si lega alle nuove possibilità offerte dalla tecnologia nei termini che, qui, si intende di "correzione". In particolare, con quest'ultimo concetto, si analizzerà quella che, Clarke e Shim (2011), hanno definito biomedicalizzazione ossia l'uso della tecnologia per rendere il corpo, non tanto clinicamente quanto esteticamente, migliore ponendo attenzione su una pratica volta a garantire e ottimizzare il futuro stato di salute fisica, cognitiva e sociale.

I dispositivi medici vengono utilizzati per rendere più attraente e performativo il corpo e far ritrovare all'individuo una nuova naturalità. Il percorso di manutenzione costante verso la costruzione di un corpo ideale e il conseguente potere delle apparenze, misurano, come già suggeriva Simmel (2014), le informazioni basilari sulle dinamiche sociali e culturali che strutturano la discussione sui canoni di bellezza, in un dato momento e contesto storico.

La decisione di intervenire, sul proprio corpo "correggendolo", nasce dalla frattura tra dimensione oggettiva del corpo (schema corporeo) e le molteplici realtà soggettive desiderate e progettate (immagine corporea). Se lo schema corporeo è il costrutto concettuale neuro-cognitivo che rappresenta la posizione e l'estensione del corpo nello spazio e la sua percezione all'interno dell'organizzazione in cui agisce; l'immagine corporea è il quadro mentale, emotivo, cognitivo e affettivo che ogni individuo elabora, sul proprio corpo. La correzione entra in campo quando, al di là dello schema corporeo, l'immagine percepita è soggetta ad una progressiva insoddisfazione. Il peso può creare tale frattura.

La medicalizzazione della bellezza, ma anche di ciò che è considerato bruttezza o segno esteriore del decadimento fisico in termini di peso, viene, dalla sociologia,

[14] Si tratta di medicinali preparati direttamente dal farmacista sulla base di una prescrizione medica specifica per un determinato paziente o preparati secondo la Farmacopea (nazionale o europea) per essere dispensato senza prescrizione medica.

[15] Vedasi https://www.iss.it/prodotti-per-il-controllo-del-peso/-/assetpublisher/S27m3JVjGST7/content/farmac i-per-il-trattamento-dell-obesit%25C3%25A0-autorizzati-al-co mmercio-in-italia.

analizzato secondo tre filoni di studio. Il primo pone l'enfasi sull'esperienza soggettiva e sul bisogno di piacere e di essere invidiati conseguentemente a pressioni socioculturali che spingono verso la conformità ad ideali estetici. Il secondo osserva la ricerca estetica, come modo per migliorare, attivamente, il proprio corpo e di conseguenza anche il proprio posizionamento sociale evitando eventuali discriminazioni. Il terzo si focalizza sulle modalità in cui i soggetti costruiscono il proprio corpo mediante pratiche di abbellimento (Stagi, 2010; 2008).

Le tecniche di cosmesi, come promozione della felicità mediante la trasformazione del proprio corpo e superamento del senso di inferiorità percepito, entrano nel mercato salutistico a partire dalla fine dell'Ottocento. L'idea che si radicalizza è quella di un corpo che vada continuamente "accordato" (*body tuning*) ossia sottoposto ad un'opera flessibile di abbellimento e di igiene, interna ed esterna, per presentarlo agli altri ma anche a sé stessi ed evitare che possa degenerare, contaminarsi ed essere ridicolizzato. Questo atteggiamento e il legame, sempre più stretto, con l'ambito medico, porterà, poi, nel corso del Novecento, al ricorso, sempre più frequente, alla chirurgia estetica, per donne e uomini di ogni classe sociale, età, etnia e nazionalità (Stagi, 2010; 2008). La medicina chirurgica, in poco tempo, viene vista come mezzo per monitorare l'altro (in particolare le donne) attraverso i corpi ma anche con cui le persone stesse possano esercitare un controllo su alcune dimensioni della propria vita.

Tra le pratiche che coinvolgono la (bio)medicalizzazione del peso, in ottica correttiva, si menzionano la chirurgia bariatrica che interviene su pazienti con un'obesità importante al fine di eliminare l'eccesso di tessuto adiposo, limitare la capacità gastrica, ridurre la capacità di assorbimento di cibo, prevenire o curare le patologie associate all'obesità; e la liposuzione e/o la liposcultura[16]. Gli interventi di chirurgia bariatrica, validati a livello internazionale, possono essere "malassorbitivi" ossia comportare una riduzione irreversibile delle dimensioni dello stomaco e un marcato cambiamento del processo digestivo; "restrittivi" limitando l'introduzione del cibo mediante una prevalente azione meccanica per ridurre la quantità di cibo assunta per via orale e "misti" che applicano, contemporaneamente, entrambe le tecniche come per il *bypass* gastrico o la *sleeve gastrectomy* con *switch* duodenale[17]. Tra gli interventi malassorbitivi, la *sleeve gastrectomy* (gastrectomia verticale parziale) e tra quelli restrittivi, il *bypass gastrico*[18], rappresentano più dell'80% delle procedure eseguite nel mondo. Quasi in disuso, attualmente, il bendaggio gastrico regolabile (restrittivo) e la diversione biliopancreatica (malassorbitivo). La chirurgia bariatrica viene indicata per pazienti di età compresa tra i 18 e i 65 anni affetti da obesità di secondo grado ovvero con un IMC uguale o superiore a 35 e/o con ulteriori comorbidità. Alcuni studi clinici (University of Iowa, 2018; Buchwald, 2014) mostrano come i pazienti, sottoposti a tale operazione, abbiano eliminato molti dei problemi medici legati all'obesità (pressione sanguigna, diabete di tipo 2, rischio di morte per malattie cardiovascolari, sintomi da apnea notturna e ipoventilazione, bruciore di stomaco, artriti, colesterolo, incontinenza

[16] Si tratta di una nuova tendenza volta a scolpire la silhouette anche su corpi che non sono in eccesso di forma ma che sono percepiti come limitanti.

[17] Cfr. www.humanitas.it/news/obesita-quando-si-puo-ricorrere-a-un-intervento-di-chirurgia-bariatrica/.

[18] La procedura chirurgica di bypass gastrico prevede la creazione di una minuscola tasca gastrica (del volume pari a una tazzina di caffè) in grado di contenere solo una piccola quantità di cibo. La tasca gastrica viene completamente separata dal resto dello stomaco e si svuota direttamente in un tratto di intestino tenue, che viene suturato alla tasca stessa. Lo stomaco, sebbene non venga più attraversato dagli alimenti, non viene asportato. L'esclusione dal transito del cibo dello stomaco e della prima parte di intestino (duodeno e primo tratto di digiuno) può comportare un ridotto assorbimento di alcune vitamine e sali minerali con la conseguente necessità di assumere complessi multivitaminici come calcio e ferro. Come in https://www.humanitas.it/cure/ bypass-gastrico/.

urinaria, mancanza di respiro, asma, gonfiore e ulcere delle gambe, pseudotumor cerebri, irregolarità mestruali, mal di testa cronico).

In linea generale, a questa esaustiva pubblicità sui possibili effetti benefici, spesso non consegue un'altrettanto chiara e approfondita disamina sui rischi, sugli effetti collaterali e sull'impegno, durante il lungo percorso di follow-up, che ne consegue (Maturo, 2014).

L'insoddisfazione verso il proprio corpo o per parti di esso, che conducono alle pratiche di modificazione mediante liposuzione (eliminazione di accumuli adiposi localizzati soprattutto su addome, fianchi, glutei, cosce e braccia) e liposcultura (correzione di eventuali irregolarità estetiche e avvallamenti cutanei), si originano, soprattutto, da un *disease mongering.* Un processo di medicalizzazione del peso per ridefinire le forme del corpo senza forzatamente integrare anche una modifica dello stile di vita. Tali modalità, producendo una gratificazione immediata, sono sin dall'inizio, nel 1974, tra le procedure cosmetiche più comuni al mondo (Bellini *et al.*, 2017; Hernandez *et al.*, 2011). Solo in Italia, nel 2018, gli interventi di liposuzione (che comprende anche la liposcultura) sono stati 55 mila con un incremento, rispetto al 2017, di circa il 25% e un mercato che vale, complessivamente, poco più di 300 milioni di euro (ISAPS, 2018).

Sebbene molti credano che i risultati siano permanenti, alcuni studi (Dixit, Wagh, 2013; Hernandez *et al.*, 2011), rivelano che dopo un anno, i pazienti sottoposti ad intervento, non mantengono il risultato. Le cellule adipose, infatti, ricompaiono in parti diverse come le spalle, le braccia, l'addome. Il successo di un intervento di liposuzione, quindi, risulta efficace solo quando si tratta di grasso localizzato e strutturale (non per chili di troppo dovuti a un'alimentazione scorretta) mentre quello di liposcultura integrando, nel post ritocco, anche un corretto stile di vita. A tali evidenze si contrappongono nuove tendenze come la recente diffusione tra le donne, prima in America e poi anche in Europa, della cosiddetta *mommy makeover*[19]. Essa vede, sempre più, neo mamme, 6 mesi dopo la gravidanza, richiedere una combinazione di interventi liposcultorei per tentare di recuperare, nel minor tempo possibile, l'aspetto corporeo che avevano in precedenza.

Il modello di perfezione, che viene veicolato a livello sociale, non lascia indietro bambini e adolescenti. L'aspetto esteriore, infatti, viene investito di un compito strumentale ed espressivo che è riflesso nei modelli e nelle rappresentazioni ideali che passano, soprattutto, attraverso i media tradizionali e digitali, avallati culturalmente. Nel 2008, in Inghilterra e Francia, inizia a spopolare un *videogame* chiamato *Miss Bimbo* o *Ma Bimbo*[20]. Il gioco si rivolgeva a bambini e bambine, da 9 a 16 anni, offrendo loro la possibilità di costruirsi un *avatar* da far, nella fase finale, partecipare ad un concorso di bellezza. Per vincere il titolo valeva tutto comprese pillole dimagranti e chirurgia estetica.

Sebbene il gioco sia stato molto criticato, ciò è quanto, a detta dei creatori, gli adulti stanno offrendo e avallando alle giovani generazioni: non modelli di vita reale ma idiomi rituali. Come il raggiungimento del corpo ideale per vincere il concorso di bellezza ed essere il/la più popolare del momento. Modelli che, però, come suggerisce la teoria socioculturale dell'immagine, stimola l'origine di una non corretta percezione del proprio corpo in un periodo biografico in cui tale distorsione può rappresentare un pericolo (Raman, 2016; Agliata, Tantleff-Dunn, 2004).

[19] Cfr. https://www.plasticsurgery.org/news/blog/five-things-you-need-to-know-about-a-mommy-makeover#:~:text=A%20mommy%20makeover%20typically%20includes,were%20most%20impacted%20by%20moth erhood o Americanboardcosmeticsurgery.org/procedure-learning-center/body-procedures/mommy-makeo ver/.

[20] Vedasi theguardian.com/society/2008/mar/25/children.news; o corriere.it/cronache/08_marzo _25/miss_bimbo_06ae2fd8-fa6a-11dc-b669-00144f486ba6.shtml

2.2.3. Migliorare

Il concetto di medicalizzazione del peso, inteso come miglioramento umano, è inteso, qui, come mantenimento di uno status di salute, nutrizionalmente equilibrato e fisicamente attivo che aumenta la dimensione del benessere bio-psico-sociale. I miglioramenti presi in esame sono realizzati mediante interventi o azioni come l'educazione ad una sana dieta alimentare da un lato e l'attività di fitness dall'altro lato. Alimentazione e stili di vita sono i due principali dispositivi per migliorare la salute psico-fisica-sociale e sono stati designati, dal WHO (2010b) tra i 12 consigli utili per *scegliere la salute*[21].

Insieme, alimentazione sana e attività fisica, servono alla complessa tenuta del miglioramento fisico, cognitivo, emotivo e sociale sia all'interno delle attività di assistenza sanitaria e sociale (*Health Care*) che di promozione della salute (*Health Promotion*) (Nordenfelt, Liss, 2021). In relazione alla medicalizzazione del peso, nel primo ambito, ricadono le strategie per migliorare un corpo che è già, più o meno, patologico mentre nel secondo, quelle volte al miglioramento di un corpo in salute.

La dieta è la strategia non farmacologica indicata per ridurre, contenere e mantenere un corretto peso corporeo. Il termine dieta, dal greco *dìaita* nasce come sinonimo di stile di vita e viene interpretata come alimentazione corretta, sana ed equilibrata contenente tutte le sostanze nutritive nelle giuste dosi, e senza eccessi, in modo da soddisfare i bisogni dell'organismo ma anche gli aspetti cognitivi, relazionali nonché l'appagamento dei sensi (ISS, 2021; ISSalute, 2020; SIO-ADI, 2017). Attraverso la disciplina della *dietologia o dietetica* sono state studiate sostanze nutritive, modalità, quantità, distribuzione giornaliera e combinazioni di cibo adeguato all'organismo dell'essere umano, sia adulto che nelle varie fasi di crescita evolutiva. Nelle persone che soffrono di alcune patologie, come il sovrappeso o l'obesità, diete appropriate possono rappresentare una vera e propria cura per migliorare lo stato di salute. Al contrario, sappiamo che diete malsane contribuiscono a una serie di malattie croniche non trasmissibili e sono tra i principali fattori di rischio di morte e disabilità a livello mondiale (Forouzanfar *et al.*, 2017). La dieta mediterranea, è il modello di regime alimentare, più comunemente, promosso dalle società scientifiche di nutrizione e dietetica europee. Essa prevede un equilibrato bilanciamento tra carboidrati complessi, alimenti di origine vegetale, leguminose e una limitata assunzione di zuccheri semplici e grassi di origine animale, distribuito su cinque pasti, e un quantitativo adeguato di acqua (6-8 bicchieri al giorno) rispettando le porzioni raccomandate giornalmente (ISSalute, 2020). Migliorare il regime alimentare, sia per evitare di incorrere in un eccesso ponderale sia come strategia atta a contenerlo, viene sempre associato ad una conseguente raccomandazione o prescrizione di seguire un piano di attività fisica adatto alle proprie capacità. Senza un adeguato programma di attività fisica, infatti, nessun tipo di regime alimentare sarà mai abbastanza efficace nel miglioramento fisico, cognitivo, emotivo e sociale del corpo.

Fitness significa letteralmente "corretto meccanismo fisiologico" o "buona salute" e in genetica misura il successo di un particolare organismo che si è adattato e, quindi, è sopravvissuto ad un dato ambiente. Numerose evidenze scientifiche dimostrano come l'attività fisica sia in grado di migliorare l'autostima, il tono dell'umore, aumentare la sensazione di benessere riducendo ansia e stress ma anche incidere, positivamente, indipendentemente dalla presenza di altri fattori di vulnerabilità, sui

[21] Dall'hashtag #ChooseHealth lanciato per la campagna di sensibilizzazione su Facebook nella pagina ufficiale del WHO già il 27 marzo 2017.

rischi di mortalità relativa a numerose patologie da quelle cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, muscolari, ossee fino ai disturbi depressivi (WHO, 2022b; SIO-ADI, 2017; Ekelund *et al.*, 2016).

All'interno dell'attività di *Health Care*, il miglioramento alimentare e le raccomandazioni di praticare regolare attività fisica rientrano nell'attività terapeutica della presa in carico di sovrappeso e obesità, sia per l'adulto che per il bambino. Tali raccomandazioni pongono il paziente nella condizione di partecipare al proprio processo di *empowerment* terapeutico, attivamente e consapevolmente. L'intervento dietetico fa riferimento a specifiche linee guida orientate all'acquisizione di una sana alimentazione e di un'equilibrata concezione della dieta mediterranea. Mentre l'attività di fitness viene strutturata, secondo un effetto dose-risposta, tra la durata dell'esercizio fisico e la necessità di riduzione del peso corporeo. In una persona adulta con sovrappeso o obesità, ad esempio, con meno di 150 minuti a settimana di esercizio fisico aerobico di intensità moderata, la riduzione ponderale è minima, con 150-250 minuti a settimana la riduzione è modesta mentre con 250-400 minuti a settimana la riduzione inizia ad essere consistente e interessa la perdita di circa 5-7 kg in 6-12 mesi. Specie dopo cali significativi, l'attività fisica è un eccellente predittore per mantenere lo stato del peso.

Nell'ambito dell'*Health Promotion* invece dobbiamo analizzare le diete e il fitness in un'ottica più marcatamente sociale.

In Occidente, sempre più, stare a dieta, seguire un regime alimentare restrittivo, sia per adulti che per bambini e adolescenti, risulta uno statuto normale, un segno positivo di maturità. Dai selettivi per scelta – vegetariani, vegani, crudisti, fruttariani, iper o ipo calorici, iperproteici, macrobiotici – a quelli per natura – neofobici, picky eaters[22] – le diete restrittive sono variegate e riflettono, spesso, scelte etiche, ambientaliste, religiose o legate alle mode del momento (Cavazza, Guidetti, 2020) che possono essere inserite in un percorso di miglioramento nutrizionistico, adeguatamente, seguito e strutturato oppure fai-da-te. In tal senso e a causa dell'esclusione o della riduzione di alcuni tipi di alimenti, molte diete, se non condotte in modo adeguato, possono creare squilibri o carenze nutritive con relativi danni alla salute. Le formulazioni dietetiche, diverse da quella mediterranea, vengono considerate con scetticismo in ambito clinico. Riflettendo sulla capacità di azione in relazione alla perdita di peso, esse sembrerebbero avere buoni risultati sulla perdita di grasso corporeo nel breve periodo – in genere le prime 4 settimane – ma possiedono alte percentuali di fallimento se si considerano la diminuzione di tessuto adiposo e il mantenimento del peso forma nel lungo termine, oltre ad essere ritenute di dubbia sicurezza specie nei bambini. È sempre più frequente, infatti, che le scelte dietetiche fatte in età adulta dai genitori si riflettano sull'alimentazione restrittiva dei figli. Seconda uno studio finlandese, effettuato su bambini frequentanti lo stesso asilo ma che seguivano diete differenti (vegana, vegetariana e onnivora), i bambini che escludevano alcuni alimenti erano più vulnerabili al rischio di pericolosi squilibri metabolici (Hovinen *et al.*, 2021). L'eccesso di medicalizzazione alimentare, infatti, con l'idea di migliorare il proprio stato psico-fisico ma anche etico-religioso rischia di fare ugualmente danni. Germov e Williams (1996), quasi trent'anni fa, già parlavano di "epidemia di diete" che potrebbero persino essere implicate nello stimolare, para-

[22] I picky eaters "mangiatori schizzinosi" o pickiness è considerata un'avversione alimentare non derivata da una scelta attiva e consapevole ma da una propensione individuale. Si tratta di un vero e proprio rifiuto per un'ampia varietà di cibi che permane anche dopo averli assaggiati e che differisce dalla neofobia "paura del nuovo" ossia la riluttanza ad assaggiare cibi sconosciuti. Le due caratteristiche possono, tuttavia, presentarsi congiuntamente. Come in Cavazza, Guidetti, op. cit.

dossalmente, la crescita di sovrappeso e obesità. Non vi sono, infatti, studi che dimostrino non solo in che modo la perdita di peso rovesci la natura di questi rapporti ma se il dimagrimento vada ad accrescere la speranza di vita.

All'interno dell'ambiente di *Health Promotion,* dove il miglioramento fisico non è forzatamente legato ad uno stato patologico, l'attività di fitness insieme a palestre e centri wellness sta assumendo un ruolo, sempre più, rilevante. Mediante l'esercizio come "farmaco", il fitness mira a modificare il corpo, renderlo più utile allo stress pressante della quotidianità, mantenerlo giovane, perfezionarne i contorni e rafforzare la muscolatura. Il fitness è divenuto il promotore del miglioramento della forma fisica in salute ma è anche il riflesso di una visione edonistica del corpo tipico di un'estetica che lo vuole forte, scattante e con muscoli potenziati (se uomo) o agile, sodo con curve perfette nei "punti giusti" e una muscolatura allungata (se donna). Con specificità al miglioramento del corpo, possiamo trovare pratiche di fitness sportivo che aiutano a lavorare sui chili al fine di raggiungere un corpo "idealmente" magro; e pratiche di fitness metabolico orientato a migliorare la componente metabolica del soggetto. Si tratta del risultato di un mutamento nella cornice cognitiva della società che pone il benessere al centro della cultura (Maturo, Setiffi, 2021). Un benessere che, tuttavia, può sfociare al limite dell'ossessione e trasformare la ricerca del miglioramento umano in una dismorfobia ossia una preoccupazione, cronica e immotivata, per un presunto difetto fisico come un corpo non allineato all'estetica veicolata dalla società.

In ultimo, ma non per importanza, la medicalizzazione del peso corporeo, in termini di miglioramento degli stili di vita (dieta e attività fisica), viene, sempre più, realizzata anche mediante l'ausilio della tecnologia che sorveglia molecolarmente il corpo *onlife* (Floridi, 2014). Il mondo della *gamification of bodies* aumenta la possibilità del miglioramento nelle app, nei *wearable devices* e nelle altre "protesi" *smart* attraverso la ludizzazione che allevia e distoglie dalla fatica e dallo stress dell'utente di seguire percorsi fisici e alimentari mentre ne accresce la sua prestazione. Quest'ultimo aspetto può essere, costantemente, migliorato grazie all'automonitoraggio (*self-tracking*) che permette di tracciare e quantificare, costantemente, i dati – fisiologici, emotivi, comportamentali – raccolti fungendo da base informativa per raggiungere degli obiettivi. Una continua sorveglianza del proprio intimo molecolare – il peso da registrare, le abitudini alimentari in calorie, le distanze percorse – che può allargarsi ed essere "aumentato" nella comunità virtuale con la quale si può decidere di voler condividere anche la propria estimità fatta di risultati, tecniche e strategie. E in questo *endopticon* (Maturo, 2015), un ambiente dove la percezione di poter essere, continuamente, sorvegliati "seguiti" e valutati da tutti si trasforma in autodisciplina e nell'adesione a certi standard e a certe soglie imposte (Maturo, Moretti, 2019), si ottengono benefici che possono tradursi in un maggior impegno nel perseguire abitudini di vita nutrizionalmente sane e programmi di calo ponderale.

Tuttavia, il principale inconveniente della medicalizzazione del peso è quello di conferire legittimità scientifica alla condanna sociale dell'obesità finendo per nascondere l'aspetto medico del problema e concentrarsi sull'estetica del corpo in una mortificante lotta alla grassofobia.

2.3. La narrazione dei corpi e degli anti-corpi tra body shaming e body shaping

Ogni società costruisce le proprie rappresentazioni attorno ai vari oggetti sociali. Raccolti in un insieme di valori, idee, metafore, credenze e pratiche, le rappresenta-

zioni sociali stabiliscono i modi per collocare le persone in diverse categorie e attributi nei contesti nei quali si svolge l'interazione. In quanto oggetti sociali, i corpi, in questi termini, vengono suddivisi tra normali, che presentano le forme più generalizzate, e patologici/devianti che, invece, si discostano dall'essere conformi.

La percezione del corpo ma anche del relativo peso è intrisa di significato sociale e l'attributo di normalità è prodotto culturalmente (Stagi, 2010; 2008). Horwitz (2008), a tal proposito, sostiene che vi siano diversi aspetti della normalità che influiscono sulla rappresentazione: statistica, normativa ed evolutiva. La normalità statistica è il risultato di una caratteristica che, all'interno di un gruppo o di una popolazione, si presenta con maggior frequenza. Il fatto che, attualmente, la popolazione mondiale sia sempre più obesa risulta, "in media", statisticamente normale. La normalità normativa riflette tutto ciò che aderisce conformemente al modello socialmente definito pertanto risulta normale accettare un'estetica del "bello", grasso o magro, connotato culturalmente. Infine la normalità evolutiva si basa su funzioni adattive risultate vincenti, nel corso della selezione naturale. È, pertanto, evolutivamente normale, nella gran parte del globo occidentale, associare ad un corpo magro, attivo fisicamente e nutrito adeguatamente, lo status di corpo in salute le cui forme sono risultate in termini di morbilità e mortalità più adatte al processo di selezione naturale. La visibilità dei corpi viene giudicata in un orizzonte normativo che lo incapsula nelle caselle del binomio normale-anormale. Ci sono corpi che vanno bene e che non disturbano, che si confondono nel flusso quotidiano e anti-corpi che, al contrario, mostrano qualcosa di insolito, di negativo che fanno emergere una discordanza sociale.

Nella sociologia dell'obesità, lo stigma nasce conseguentemente al considerare l'eccesso di peso e l'eccesso di forme come anormali, patologiche, devianti. La stigmatizzazione dell'obesità riflette il processo di trasformazione delle rappresentazioni sociali che influenzano le interazioni e contribuiscono ad apporre un marchio di disapprovazione sociale. Ciò giustifica una serie di discriminazioni e di esclusioni che possono sfociare in un'alterazione dell'immagine che l'individuo ha di sé stesso. Se Goffman (2018; 2003) si concentra più sulla dimensione strutturale del corpo sulla scena sociale, ponendo attenzione al necessario mantenimento di un'interazione ordinata che riproduca ruoli e identità, codici prescritti attraverso un aspetto estetico, dei movimenti e una postura che siano coerenti con gli stereotipi imposti dall'organizzazione sociale, sarà il sociologo americano Cahnman (1968) che porrà in luce la disapprovazione sociale verso l'obesità come rifiuto di una deformazione fisica e comportamentale.

Il modello estetico di magrezza, veicolato lungo il corso della storia, è, tuttavia, relativo. In vari momenti, il concetto di grasso o magro ha assunto diversi significati e interpretazioni distinguendo da un punto di vista morale e valoriale classi sociali, aree geografiche, generi, etnie e nazionalità. Se l'aristocrazia dell'Europa medievale valorizzava un'immagine della donna esile e fragile, quella del Rinascimento prediligeva un modello di estetica in cui le rotondità apparivano come segni di ricchezza, di successo e di raggiungimento di una posizione sociale agiata. Nell'Ottocento con la figura del *Fat Cat* – uomo grasso ricco e potente – e della *matrona* – l'anziana ricca e formosa – la magrezza rappresenta la consunzione, la malattia e addirittura la cattiveria ed è, all'eccesso di peso, che viene associato lo stare in salute, la prosperità, la tranquillità e la rispettabilità. Attributi di pochi, questi ultimi, poiché per mantenere un corpo pesante bisognava potersi permettere di comprare il cibo e la corpulenza così come una grande dimora, rivelava quanto abbondante fosse il proprio patrimonio (Meloni, Mibelli, 2021; Farrell, 2020). Tuttavia, già in questa cultura, in alcune situazioni, la corpulenza veniva derisa e biasimata stigmatizzandone

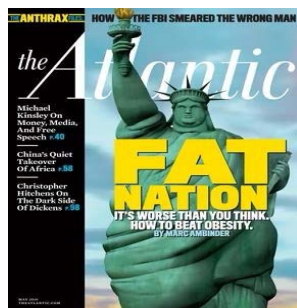
la “stranezza”. Le forme del corpo estreme, che differivano dalle dimensioni normali, erano sfruttate, specie negli Stati Uniti e in Gran Bretagna, negli spettacoli cittadini o itineranti come le fiere, i circhi, le *vaudeville.* Le persone enormemente grasse, in questo caso, erano percepite come grottesche al pari dei nani, dei gemelli siamesi, delle donne con la barba e dei corpi scheletrici. In questo tipo di ambiente, il corpo veniva esibito senza dignità giocando sul disagio e sulla non adattabilità all’ambiente circostante (Farrell, 2020).

La presenza di uno stigma sociale e morale verso il corpo obeso, diventa più frequente negli ultimi decenni dell’Ottocento, prima negli Stati Uniti e poi in Europa. Le connotazioni negative intorno alla visione del grasso, tuttavia, sono precedenti alle preoccupazioni mediche sugli evidenti rischi per la salute associati all’eccesso di peso. I medici, infatti, per tutto il XIX secolo e per gran parte del XX secolo, sono, tendenzialmente, non curanti nei confronti del peso. Le malattie diffuse come la tubercolosi e la malnutrizione, che facevano perdere molto peso ai pazienti, portavano i dottori a preoccuparsi di incoraggiare a mangiare piuttosto che dimagrire. Considerando, inoltre, naturale che il peso fosse un effetto collaterale dell’avanzamento dell’età (Farrell, 2020). A partire dalla fine dell’Ottocento, la civiltà inizia a costruire un’avversione lipofobica, in ambito medico, della moda e dell’estetica corporea. Nonostante ciò, tale avversione non implicava, ancora, che un corpo magro fosse visto in modo positivo. Per molti, l’ingrediente fondamentale di un corpo sano ed esteticamente piacevole era l’equilibrio e si richiedeva di ridistribuire il grasso in luoghi desiderabili ma non di eliminarlo completamente (Farrell, 2020). Progressivamente, però, la crescente insofferenza culturale per il grasso diviene un vero e proprio marchio di discredito. Se prima della fine del XIX, solo i privilegiati, specie se uomini, potevano ingrassare, risultando questo ancora segno di rispettabilità, ricchezza economica e salute, il nuovo imperativo di comprare, spendere, godere vi entra ben presto in conflitto. E in una società volta agli eccessi, l’ideale culturale diviene la ricerca di un’etica di contenimento di impulsi e desideri, di gratificazione differita e di lavoro continuo e diligente che si riflette su un corpo magro. In questo senso, il grasso viene associato ad avidità e materialismo o persino a corruzione dei governi e delle banche. Tra la fine del XIX secolo e l’inizio del XX secolo, anche conseguentemente ai profondi rivolgimenti nello sviluppo della civiltà, negli strati sociali più elevati, le connotazioni relative al peso corporeo continuano gradualmente a cambiare. A livello medico, il miglioramento dell’assistenza sanitaria e la scoperta delle funzioni biologiche del tessuto adiposo quali elementi inutili e parassitari portarono gli astuti guru dell’imprenditoria delle diete a pubblicizzare prodotti dimagranti. A livello sociale, un numero sempre crescente di persone raggiungeva la stabilità economica ed aveva accesso a cibo più abbondante e alla possibilità di condurre una vita più sedentaria e un lavoro fisicamente meno faticoso. Di conseguenza, sempre più persone aumentavano e mantenevano peso. Pertanto, quando fu comune a molti e non più prerogativa di pochi, il grasso venne visto come un problema culturale, oggetto di critiche, preoccupazioni pubbliche e segno di distinzione di status. A differenza del passato, quindi, salire la scala sociale significava aspirare a un corpo magro. L’enfasi sulla superiorità del corpo sottile mostrava moderazione e autocontrollo di fronte all’eccesso della nuova vita urbana e commerciale. In una sorta di teoria dell’evoluzione, il grasso rappresentava un segno di inferiorità, del peccato di gola, di una cattiva relazione con Dio finanche un sintomo che faceva presagire problemi come l’omosessualità, la criminalità, le malattie mentali. La tendenza endocrina ad aumentare di peso etichettava le donne, gli immigrati, la classe operaia, gli afroamericani e altre minoranze come esseri “primitivi”, pertanto, era necessario insegnare loro, anche con la violenza, la disciplina (Farrell, 2020; Poulain, 2008; Fischler, 1992).

Nel simbolismo dell'epoca, il corpo esile, fragile, inappetente significava trascendenza spirituale dei desideri della carne ma anche ascetismo sociale. In tale contesto culturale, in cui il rischio costruito era quello di perdere insieme lo status di bellezza e di potere, dunque, prosperarono le industrie dietetiche.

Sebbene la nascita della grassofobia si sia sedimentata lungo il corso delle epoche, l'opinione pubblica associa le origini del culto della magrezza contemporanea alle *flappers* degli anni Venti del Novecento. Tali iconiche donne si mostravano con seno e vita inesistenti, fianchi stretti, corpo asciutto e magro. Un modello che si imporrà, nelle classi agiate, negli anni '50 e soprattutto '60, dove forte sarà il desiderio di allontanarsi dall'immagine del "capitalismo con la pancia" (*Fat Cat*) per denunciare lo sfruttamento coloniale e post-coloniale dei paesi ricchi e sovralimentati. Nel XX secolo, inoltre, dopo le Guerre Mondiali, l'obesità anche quella infantile inizia ad essere, in parte giustificata, con la teoria della civiltà. Secondo tale approccio, in alcune famiglie, culturalmente ed economicamente svantaggiate o che avevano subito periodi di fame e carestie, si conservano ricordi inconsci che li spingono a mangiare eccessivamente anche in periodi di abbondanza (Farrell, 2020; Poulain, 2008; Fischler, 1992).

Lo stigma del corpo grasso, quindi, ha radici molto profonde che sono mutate nel corso del tempo, hanno assorbito una complessa strutturazione, di senso e dissenso, e, oggi, continua a manifestarsi in forme nuove.

Fig. 5 – Nazione grassa. È peggio di ciò che pensi. Come vincere l'obesità

Fonte: The Atlantic, maggio 2010.

I significati culturali che attribuiamo al grasso influiscono sulle esperienze di vita e nei percorsi di salute delle persone. L'obesità viene rappresentata, oggi, mediante uno *stigma fisico* per la visibile ingombranza e *caratteriale* di pigrizia, avidità, goffaggine ma soprattutto colpevolezza. Di conseguenza non c'è spazio a comprensione, gentilezza, rispetto, dignità. Essere grassi e non fare niente per cambiarlo è ritenuta, infatti, una scelta comoda. Ma l'obesità è anche associata ad uno *stigma tribale* associando la condizione ad un territorio, una nazione, l'intero globo. Il messaggio simbolico è immediato se si osserva la copertina del The Atlantic (fig. 5) di qualche anno fa. Lo stigma tribale, infatti, mira al cuore identitario di una società e ne mette in luce il nuovo stato caricaturale. Il grasso *(fat nation)* trasforma, non solo fisicamente, la Statua della Libertà ma la ricopre di vergogna e dell'ansia di vincere l'obesità (*to beat obesity).* L'obiettivo è, infatti, quello di eliminare un attributo di discredito che denigra non solo gli individui ma la cultura intera come sottolineato da un linguaggio apocalittico *it's worse than you think* – è peggio di ciò che pensi – che crea allarmismo e azzera qualsiasi capacità di giudizio positivo.

Tali significati stigmatizzanti hanno effetti sociali reali per le persone obese come ritardare la mobilità intra generazionale e aumentare quella intergenerazionale discendente, il reddito inferiore, la difficoltà a sposarsi, il maggiore isolamento sociale, rispetto alle cerchie amicali, un indice di pigrizia svogliatezza e mancanza di disciplina nel mercato del lavoro (Kwan, Trautner, 2011; Conley, Glauber, 2006). Il *fatism*, più attualmente popolare come grassofobia o *fat shaming,* è il pregiudizio che la società nutre verso le persone grasse. Il *body shaming,* la marginalizzazione che i corpi subiscono a causa delle loro forme non conformi. E la sterminata ricerca di eufemismi che descrivono i corpi obesi (fig.6), a tal proposito, diagnostica il livello di disagio e di discriminazione che la società nutre nei confronti delle persone grasse e le opportunità di dialogo che è disposta ad offrire loro.

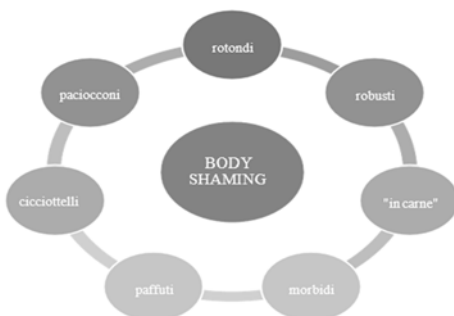
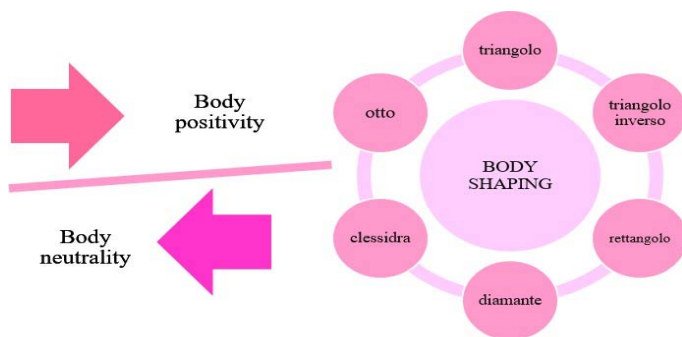
Fig. 6 – Eufemismi che descrivono i corpi fuori misura

Fonte: propria elaborazione

Fig. 7 – Dalla body positivity/neutrality alle forme del body shaping[23]

Fonte: elaborazione propria

[23] Le forme del corpo individuate nel *body shaping* sono: triangolo (o pera) con parte superiore del corpo più sottile di quella inferiore; triangolo inverso con parte alta del corpo più ampia di quella bassa; rettangolo inteso come corpo poco curvilineo, androgino; diamante (o ovale) con zona centrale del corpo più voluminosa; clessidra con punto vita stretto; e otto con punto vita visibile ma più alto della clessidra. Cfr. Migliaccio (2020).

In ogni epoca, le rappresentazioni sociali dell'obesità sono segnate dall'ambivalenza culturale. Come ogni altra forma di stigma, quella del grasso è relativa e dipende dal contesto culturale, spazio-temporale e dalle percezioni (bello, brutto, pericoloso, sano, ricco, povero). E, mentre oggi, nella gran parte del globo occidentale, lottiamo contro lo stigma del grasso, gli standard corporei di alcune culture, come quelle delle donne in Namibia o della Mauritania, vedono l'obesità desiderabile e attraente (Farrell, 2020). Inoltre, se dimagrire sembra la soluzione ciò non vuol dire che tutti soffrano lo stigma nella stessa misura e nello stesso modo. In linea con quanto analizzato da Goffman (2018; 2003), il *body shaming* ha un rovescio della medaglia in tutte quelle forme di resistenza che i corpi, con un'identità stigmatizzata, hanno messo e mettono in atto. Dallo spirito attivo della seconda ondata del movimento femminista, di liberazione omosessuale, per i diritti sociali, studenteschi e pacifisti, del *black power*, infatti, si sono originati dei movimenti di *fat activism* che si pongono in antitesi con le rappresentazioni degli standard corporei considerati "civili". E la sfida è, sempre più, quella di eliminare lo stigma, non il corpo grasso (Farrell, 2020).

Il *fat activism* emerge come movimento sociale, nel 1967, con il primo *fat-in* grasso-positivo che riunisce circa 500 persone, a Central Park (New York City), per protestare contro i pregiudizi verso le persone grasse. Quello stesso anno, poi, viene pubblicato l'articolo, per il *Saturday Evening Post,* intitolato "più persone dovrebbero essere grasse" che Llewelyn "Lew" Louderback scrisse per difendere, pubblicamente, la discriminazione che la moglie aveva subito in quanto obesa. A partire da questo momento, si pose attenzione sui modi in cui la società discrimina le persone obese. Nel 1969, sempre negli Stati Uniti, viene fondata la più importante di queste associazioni, la NAAFA (National Association to Aid Fat Americans). Si trattava di un'associazione che puntava a combattere lo stigma del peso, ma che metteva anche un forte accento sui *bias* medici (pregiudizi che al momento della diagnosi di un paziente grasso si riscontrano nei dottori). Negli anni '80, diventando progressivamente sempre più politico e diffusosi su scala sempre più ampia, cambiò il nome in National Association to advance fat Acceptance. Il movimento a cui si legò maggiormente il *fat activism* fu il femminismo. Nel 1973, poi, esso venne supportato anche dalla nascita, a Los Angeles, del movimento *fat underground* formato da attiviste nere, lesbiche e queer. Quest'ultime, evidenziarono l'importanza di fare ricerche sui legami tra obesità e salute. Nello stesso anno, le attiviste della *fat underground* diedero vita al *Fat Liberation Manifesto* che consacrò la natura politica e militante del movimento e che in 7 punti sostenne i diritti delle persone grasse come esseri umani. All'inizio degli anni '80, la divisione sociale, le ostilità, l'isolamento, le pressioni, portarono a sostenere che *fat* o *body shaming* aveva un impatto sui problemi di salute mentale delle persone. Le comunità di *fat acceptance* incoraggiarono, allora, i membri a prendere sempre più parte alle varie forme di attivismo iniziando a diffondere l'idea che "ogni corpo" era unico e rispettabile indipendentemente dalle sue caratteristiche. Tale percorso, porterà, negli anni Novanta, alla *body positivity*, un concetto, coniato dalle attiviste Elizabeth Scott e Connie Sobczak, con lo scopo di dare vita a una sensibilizzazione sociale sul tema dei disturbi alimentari. La *body positivity* diviene, ben presto, popolare e rimbalza da un medium all'altro facendo molta presa nel tessuto sociale contemporaneo. Nel 2004, la *Dove* si appropria, come brand, di tale pensiero attivista dando origine alla narrativa *Amati con le tue imperfezioni* che, ancora oggi, è itinerante in tutto il mondo. Tuttavia, diversi studi hanno dimostrano come, negli ultimi anni, i diversi (social) media rilascino milioni di spot pubblicitari, post e hashtag sulla *body positivity* la cui narrazione si è arenata intorno al *Self Love* senza raccontare più niente dell'attivismo in senso puro. Già dal 2015, quindi, si parla sempre più di *body neutrality,* un nuovo modo di concepire il corpo,

che non si concentra sull'estetica in sè ma sull'apprezzare le cose che con esso si possono fare senza negatività ma nemmeno con ostentata positività. In un'ottica di accettazione, che non escluda nessuna delle due visioni del corpo (fig.7), si propone, in questa sede, di parlare di *body shaping* ossia di guardare al corpo valorizzandone l'unicità, la funzionalità e la varietà delle sue forme. Le stesse forme, individuate da Migliaccio (2020), che abbracciano il concetto di conoscenza del proprio corpo e che, come avviene in natura, non associano la bellezza al conformismo ma alla diversità.

La diffusione verso un'attenzione positiva, neutrale e "modellata" è divenuta così radicata da non riguardare solo i corpi delle creature umane. Tale principio si tenta di abbracciare, anche, nel mondo delle fiabe e dell'animazione, dal cinema alla televisione, alle piattaforme digitali. I personaggi grassi non sono mai stati degli eroi, anzi, con la loro bontà e simpatia al massimo rappresentano una spalla comica. Nel 2022 arriva Bianca (fig. 8), la prima eroina *curvy*, della Disney, che combatte il riflesso del proprio corpo allo specchio in una nuova energia fatta di grazia e potenza che diventa un messaggio di *body shaping acceptance* già da bambini.

Fig. 10 – Bianca cerca di prendere fiducia nel suo corpo

Fonte: Cortometraggio *Reflect*, Disney (2022).

3. *Pianificare il percorso della ricerca*

Pianificare un percorso di ricerca è come programmare un viaggio. Identifichiamo una meta di interesse, iniziamo ad approfondire la conoscenza sul luogo che vogliamo raggiungere, sul suo tessuto umano, sociale, culturale, politico, sanitario, gastronomico, climatico, tecnologico e immaginiamo come possa essere interagire in quel contesto che sentiamo vicino o lontano. Scegliamo, poi, i mezzi con cui raggiungeremo la meta (auto, bus/treno, aereo) e gli strumenti utili per affrontare quel viaggio in base ad una serie di obiettivi e ipotesi: "vorrei salire sul vulcano oppure fare un bagno nella Spa della baita di montagna o, ancora, mi piacerebbe passare una giornata in un'isoletta incontaminata da raggiungere via mare" e a quel punto sarà freddo? Sarà caldo? Serviranno degli scarponcini, degli infradito o entrambi? E cercheremo, poi, di provare a prevedere qualche imprevisto prendendo un k-way che "non si sa mai". Ma al di là della scelta della valigia, di massima portata o dello zainetto, con cui decideremo di partire, l'ideale sarebbe restare con il "solo il bagaglio a mano" abbandonando progressivamente «una serie di convinzioni come fossero indumenti superflui» (Romagnoli, 2015, p. 16). E intraprendere un percorso in cui ai passi rigorosi ne potrebbero seguire di altrettanti, non sempre lineari, cui sarà necessario prendere decisioni, adattarsi e lasciare che le "fotografie" prendano, maggiore, spazio nel viaggio di ritorno.

Questo capitolo metterà insieme gli strumenti, le tecniche, le strategie di rilevazione e analisi che hanno costituito il percorso metodologico ovvero la "cassetta degli attrezzi" funzionale ad argomentare e legittimare, scientificamente la parte di ricerca empirica (Palumbo, Garbarino, 2006).

La ricerca è stata "disegnata" su un arco temporale di tre anni, dal 2019 al 2022. Il disegno della ricerca si fonda su elementi che hanno messo in moto un processo circolare la cui realizzazione e coerenza, articolata in fasi interdipendenti, ha implicato scelte e attività che si sono sovrapposte (anche solo in parte), che si sono svolte in parallelo che hanno generato ripensamenti o revisioni e provocato retroazioni. Ma soprattutto, sono state, talvolta, ricostruite a posteriori (Palumbo, Garbarino, 2006).

Una volta identificato il tema oggetto di interesse ovvero l'approccio sociologico all'obesità infantile, con particolare attenzione all'influenza che i fattori sociali hanno su abitudini alimentari e stili di vita, e al fine della definizione degli obiettivi, l'attenzione si è orientata verso la costruzione della cornice teorica. Mediante analisi di sfondo, preliminarmente, si è raccolto materiale, bibliografico e documentale, disponibile, dati statistici, report, indagini, ricerche già effettuate su temi analoghi, utili per conoscere l'argomento, delimitarlo e concentrarvisi nel prosieguo del lavoro. Inoltre, si è reso necessario circoscrivere i confini anche da un punto di vista territoriale alla regione Emilia-Romagna e al caso studio di Rimini. In base ai problemi che ci poniamo, i confini cambiano e sono, inevitabilmente, spazio-temporalmente e socio-culturalmente situati. In tal modo, si è attivato, sin da subito, uno scambio tra teoria ed empiria che non è a senso unico bensì nutre la scienza in modo interdipendente. L'inquadramento teorico, mediante l'osservazione del fenomeno sociale da punti di vista scientifici esterni e l'interpretazione che ne è derivata, ha condotto, poi, ad una personale riflessione orientata alla definizione concettuale e territoriale di riferimento. Tale decisione ha rappresentato una "ricerca nella ricerca" che ha

permesso di accedere alla formulazione delle ipotesi (generali e operative), da confermare o confutare, attraverso i risultati derivanti dall'analisi dei dati raccolti (Marradi, 2007). Tuttavia, in questo «processo cognitivo» (Marradi, 2007, p. 16), le idee, già formulate, non si sottopongono ad un semplice meccanismo di conferma piuttosto a un complesso cammino molto articolato e non sempre lineare. Per riprendere la metafora iniziale del viaggio, nella ricerca scientifica, dalla progettazione alla conduzione, si prendono decisioni importanti su quale sentiero, dalle molteplici diramazioni intraprendere (Marradi, 2007). In più, come osserva Cardano (2020), si tratta di un viaggio attraverso i territori del parzialmente visibile: ciò che sappiamo sui fenomeni sociali, infatti, è in minima parte osservabile. Se nessuna sequenza rigida di passi potrà dire qual è la decisione giusta, il *modus operandi* del sociologo – quantitativo o qualitativo – si misura sul grado di fiducia che riesce a instaurare nel dialogo, diretto o indiretto, con i suoi interlocutori. L'accesso a determinati contesti, mediati dai *gatekeeper,* la quantità e la qualità delle informazioni acquisite, dalle persone coinvolte, dipende (ed è dipesa) dal livello di fiducia conquistata che, conseguentemente, determina (ed ha determinato) anche la misura della loro cooperazione (Cardano, 2020).

1. Obiettivi, domande e ipotesi di ricerca

La cornice delineata, all'interno dei capitoli teorici, ha permesso di ricostruire gli aspetti socio-epidemiologici della condizione, globalmente endemica, in cui si colloca, attualmente, l'obesità infantile la cui prospettiva eziologica e interpretativa presenta molteplici sfumature interdipendenti e non mutuamente esclusive. La pressione sociale che tende a responsabilizzare gli individui e, in particolare, le madri in relazione alle scelte quotidiane, già nella vita intrauterina ma anche la naturale quanto necessaria propensione da parte dei genitori di prendere decisioni, per conto dei figli, in base ad una serie di determinanti sociali che possono condizionare lo stato di salute, prossima e futura, del bambino, ha orientato l'importanza di spostare il focus al vissuto dell'intera famiglia.

La decisione di intraprendere un percorso empirico, in Emilia-Romagna, e – per il caso studio – nella città di Rimini è stata, poi, maturata in quanto se da un lato i risultati regionali dell'indagine Okkio alla salute (SSRER, 2019a) evidenziavano un 26,4% di bambini con eccesso ponderale; dall'altro un recente rapporto del WHO (2019a) valutava la regione quale *italian country example* per la risposta dei sistemi di assistenza sanitaria nella prevenzione all'obesità infantile. Inoltre, in un lasso temporale di poco più di 10 anni, Rimini, è passata dall'essere la città maglia-nera dei dati, su scala regionale, per sovrappeso e obesità infantile a promuovere l'educazione alimentare a partire dalle scuole offrendo cibo per la gran parte biologico e a km zero e stili di vita orientati al benessere fisico e mentale, già in giovane età.

L'obesità infantile, da taluni considerata malattia cronica recidivante e da talaltri un fattore di rischio: (1) è uno dei più urgenti problemi di salute globale, responsabile del 5% delle morti mondiali che, in Italia, colpisce il 30,6% della popolazione infantile con cifre che sono destinate ad aumentare entro il 2030; (2) è più incisiva nella fascia d'età fra 5-7 anni e la pre-pubertà, a causa del rischio di *adiposity rebound* (rimbalzo adiposo), un momento in cui si registra un fisiologico accrescimento dell'IMC e del numero di cellule adipose presenti nell'organismo, fortemente, influenzabile in negativo da scorretta alimentazione e sedentarietà; (3) si origina, nella fascia d'età individuata, anche a causa di un allentamento educativo – sia familiare che scolastico – verso l'alimentazione a favore di una maggiore autonomia del bambino; (4) è, come si evince, strettamente correlata ad abitudini alimentari e stili di

vita del bambino, supportate o limitate, dalle scelte della famiglia in cui è inserito. L'inadeguata alimentazione e la sedentarietà sono fattori che possono contribuire o esacerbare i problemi di eccesso ponderale. Tuttavia, è necessario considerare che il mutamento degli stili di vita, la *political economy* delle industrie alimentari e le diseguaglianze sociali giocano un importante ruolo nell'alimentare un contesto obesogeno che può impattare, a vari livelli, sui problemi di peso di adulti e bambini; (5) necessita impegno, costanza ma soprattutto coerenza tra i vari ambienti della socializzazione: famiglia, scuola e altri contesti istituzionali nel supporto a specifiche attività quotidiane orientate all'educazione alimentare e agli stili di vita attivi; (6) nelle situazioni di sovrappeso con comorbidità e di grave obesità, il bambino viene preso in carico insieme alla sua famiglia in un percorso multidisciplinare, a più livelli, dove il supporto familiare è fondamentale.

Per tutte queste ragioni, l'indagine nasce dall'idea di osservare lo stato di salute delle famiglie con figli in età scolare, 6-11 anni, sul territorio riminese al fine di comprendere gli effetti che i fattori sociali e gli attori della socializzazione (primaria e secondaria) possono avere sulle scelte alimentari e di vita. L'obiettivo perseguito nel lavoro di ricerca, quindi, è stato duplice:

(1) in primo luogo, comprendere quali fattori influenzano le scelte alimentari e gli stili di vita dei bambini di età 6-11 anni (verosimilmente, delle loro famiglie) sul territorio riminese. Più precisamente:

- in quali famiglie si presentano le maggiori criticità relative a sovrappeso e obesità infantile?
- Qual è il grado di consapevolezza delle famiglie e, in special modo, delle madri nella percezione del peso dei figli?
- Quali fattori sociali possono promuovere il consumo di cibi biologici? E quali, al contrario, stimolano consumi ipercalorici?
- Qual è il livello di attività e sedentarietà dei bambini all'interno delle famiglie considerate? E come influiscono i media e il digitale?

(2) Sul territorio riminese nelle scuole primarie il cibo fornito presso le mense è 70% biologico e a km zero mentre, a livello extra-scolastico, l'attenzione ai problemi di peso si esplicita, a livello medico-sanitario, in una strategia di presa in carico del bambino sovrappeso o obeso e molte iniziative locali per la promozione di stili di vita e abitudini alimentari corrette. Il secondo obiettivo della ricerca è stato comprendere come le famiglie percepissero questi punti di forza provenienti dal contesto scolastico, extra-scolastico, medico e istituzionale. Si è trattato di analizzare:

- il grado di consapevolezza delle famiglie di un *plus* nell'offerta alimentare delle scuole dei propri figli e nelle opportunità medico-sanitarie ed educativo-culturali a livello locale;
- gli effetti pratici di questa peculiarità territoriale nelle abitudini alimentari delle famiglie (ad es. l'orientamento totalmente bio delle scuole stimola pratiche di imitazione anche nelle famiglie? Le stimola a informarsi? La presenza di iniziative e di programmi di presa in carico a livello sanitario condiziona le famiglie?);
- quanto le politiche socio-sanitarie e le attività di prossimità incoraggiano ai corretti stili di vita? In che modo, eventualmente, tali politiche hanno modificato le rappresentazioni sociali (idee, opinioni, credenze) del vivere "sano" nelle famiglie?

A pochi mesi dall'inizio, l'indagine ha dovuto far fronte alle criticità imposte dalla situazione di emergenza sanitaria nazionale da COVID-19. Nello specifico, tra la primavera del 2020 e l'intero 2021 la ricerca ha subito una serie di battute d'arresto. Dal primo *lockdown* del 9 marzo 2020 a cui sono seguite le varie riaperture solo

a partire da maggio/giugno 2020, alle misure di contenimento ristabilite dal 6 novembre 2020 (DPCM 3 novembre 2020) che hanno diviso l'Italia in zone di rischio ed hanno limitato, se non azzerato, la possibilità di spostamento nonché il divieto, in alcune scuole coinvolte nello studio, di accedere ai locali da parte di personale esterno. Un nuovo *lockdown,* cosiddetto *di Natale* (dal 24 dicembre 2020 al 6 gennaio 2021 DPCM 3 dicembre 2020) e un'Ordinanza della Regione Emilia-Romagna (n. 28 del 6 marzo 2021) hanno, poi, decretato una ulteriore chiusura delle scuole primarie dall'8 al 21 marzo 2021. Per tali ragioni, e anche per osservare la realtà in divenire, gli obiettivi sono stati integrati con ulteriori domande di ricerca:

(3) quali effetti sono stati provocati dal COVID-19?

- come le determinanti sociali di salute hanno condizionato le scelte delle famiglie durante i *lockdown*?
- in quali famiglie, si sono avvertite le maggiori criticità?
- il contesto riminese ha rappresentato un modello resiliente e di *empowerment*?

2. Il paradigma realista (postpositivista) e l'approccio *life course*

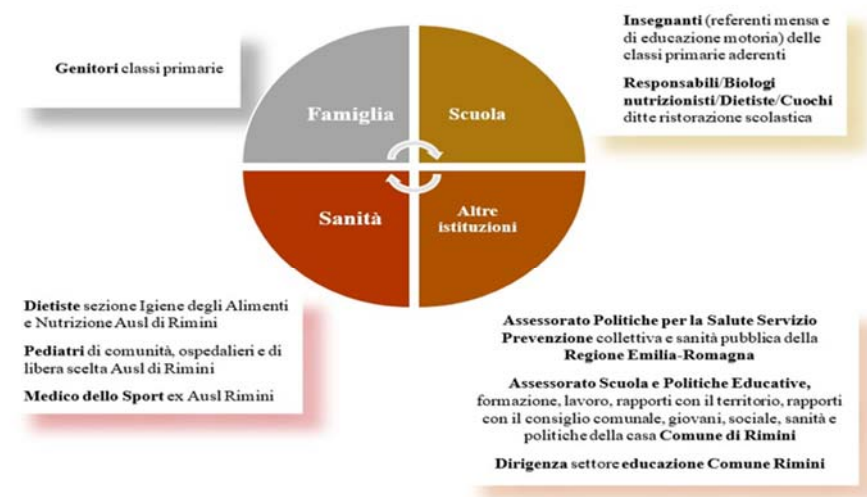
La definizione della cornice teorica, che supporta l'intero studio, mette in evidenza la natura contraddittoria nell'interpretazione di obesità e, nello specifico, obesità infantile ma anche tra le varie scuole di pensiero che, sociologicamente, la analizzano. In particolare, le visioni dei realisti e dei costruzionisti creano polarizzazioni, talvolta, fortemente contrastanti che però non escludono la ricerca di punti in comune e di un potenziale dialogo. Pur ritenendo importante che per parlare in modo esauriente di sociologia dell'obesità sia necessario mettere in evidenza sia le analisi offerte dalla cornice realista che da quella costruzionista, confutandone le concettualizzazioni dominanti, il percorso intrapreso, in questa ricerca, ha privilegiato il paradigma realista. Il paradigma realista (critico) o postpositivista analizza l'obesità a partire dal discorso medico. Esso orienta la discussione sulla consapevolezza individuale, pubblica e del rischio allargandosi alla realtà sociale e osserva il modo in cui determinati fattori strutturali impattano sullo sviluppo futuro della persona (Patterson, Johnston, 2012; Poulain, 2008). Tale paradigma, poi, in ottica comparativa, è anche quello adottato dalla sorveglianza europea *Childhood Obesity Surveillance Initiative* e questo ha agevolato la possibilità di sostenere riflessioni comuni.

Il paradigma realista (critico) o postpositivista, come delineato da Kuhn (1970), è calzante per l'elaborazione di strumenti concettuali in cui la "realtà" risulti conoscibile anche in modo probabilistico. Tale paradigma permette di avvalersi di una molteplicità di teorie, per analizzare il medesimo fenomeno, prestandosi alle tecniche quantitative con apertura a quelle qualitative. Inoltre, preme esplicitare che per la parte qualitativa, è stato necessario sconfinare in una prospettiva più vicina all'interpretativismo (Corbetta, 2015) che supporta un avvicinamento micro all'oggetto studiato al fine di cogliere e far emergere i significati che la popolazione attribuisce al fenomeno e alle relative e conseguenti pratiche sociali. Le scelte in fase di progettazione della ricerca sono dipese dalla «sottomissione all'oggetto» (Cardano, 2003, p. 19) specifico dell'indagine che ha dettato le condizioni per osservarlo. La prospettiva adottata per analizzare l'obesità infantile, in relazione ad abitudini alimentari e stili di vita, è quella del *life course* o corso di vita (Moiso, Cappellato, 2020). Sviluppatasi nelle scienze sociali, a partire dalle ricerche di inizio Novecento, di Thomas e Znaniecki (1918-20), la *life course perspective* considera l'ambiente fisico e sociale, in cui è inserita una persona, come causa determinante dell'insorgere di alcune patologie. In una dimensione sia dinamica che trasversale, essa si concentra sulle traiettorie biografiche individuali (sequenze di eventi, ruoli ed esperienze) in

una visione sociografica (contesti storici, culturali, politici, economici, sociali) considerando tutti quegli eventi, già della vita intrauterina, che hanno effetti che rimbalzano sulla salute fisica, cognitiva e sociale, nel corso degli anni successivi. Specialmente nei primi anni di vita, l'esposizione a diseguaglianze strutturali, da parte dei genitori (reddito, istruzione, quartiere di residenza) può influenzare, in modo significativo, la qualità della vita e i livelli di benessere (Moiso, Cappellato, 2020; Corna, 2013). In una logica accumulativa di esposizione, essere, più o meno, regolarmente esposti a varie situazioni di svantaggio, durante l'infanzia o addirittura prima della nascita, può produrre esiti negativi rispetto alla salute e diminuire l'aspettativa di vita. E, siccome non tutti i rischi sono, immediatamente, visibili, la prospettiva del *life course* mette l'accento sulle conseguenze negative di condizioni sociali lontane nel tempo che possono manifestarsi con effetti, diretti e indiretti, durante una fase di vita successiva. In questo studio, pertanto, le narrazioni, riportate insieme ai dati ottenuti, non solo riferiscono e ricostruiscono le esperienze e gli eventi, fotografando uno spaccato di presente parziale, ma aiutano a proiettarsi nei limiti e nelle opportunità future organizzando strategie di supporto che possano migliorare il sistema esistente. Dunque, l'ambiente familiare, scolastico ed extra-scolastico, quello medico-sanitario e politico-amministrativo permettono di rilevare le pratiche e il modo in cui i soggetti osservano e percepiscono la realtà che li attraversa nel processo di apprendimento o rieducazione di adeguate abitudini alimentari e stili di vita in età pediatrica.

3. Le scelte metodologiche e il reclutamento dei partecipanti

Data la sensibilità della tematica di ricerca e la necessità di indagare fattori altamente soggettivi ma anche di generalizzare dati esperienziali, fondamentali, si è scelto di avvalersi di una metodologia in parte qualitativa e in parte quantitativa. Le due Muse della ricerca sociale, come le chiama Cardano (2020), vengono affiancate, per agevolare la raccolta dati, mediante strategie che talvolta necessitano di tecniche uniformi, standardizzate (quantitative) e talaltra flessibili che si adattino al contesto cui si applicano (qualitative). La ricerca ha preso avvio mediante le narrazioni che i vari *problem-centred expert* (Döringer, 2021) individuati hanno fornito rispetto all'obesità, alle abitudini alimentari e agli stili di vita all'interno degli ambienti indagati. Questa è stata la base esplorativa per scegliere i principali concetti di tipo orientativo o "sensibilizzanti" che fungessero da guida per avvicinarsi alla realtà empirica e suggerire le direzioni in cui guardare al fine di definire l'assetto quantitativo, nucleo fondante del lavoro. Il questionario, uno strumento standardizzato preciso ed esaustivo, per l'interrogazione dei soggetti coinvolti nel fenomeno da indagare, è stato costruito con l'obiettivo di evidenziare correlazioni e modelli causali (Marradi, 2019; Corbetta, 2015). Nella fase successiva all'analisi statistica, invece di ingabbiare la realtà in una definizione meramente numerica dei concetti stessi, si è optato per un'interpretazione dialogica tra "variabili" e "soggetti" provando a restituire un quadro, il più possibile, veritiero della realtà oggetto di studio (Palumbo, Garbarino, 2022). All'interno della ricerca sociale, la scelta dei metodi non è una mera definizione degli ingranaggi tecnici, che compongono la macchina, al fine di raggiungere gli obiettivi conoscitivi e rispondere alle domande di ricerca. Tale scelta implica una riflessione sullo stralcio di realtà, implicita o esplicita, che si vuole mettere in luce e le possibilità che si hanno per conoscerla (Palumbo, Garbarino, 2022). Per tali ragioni, sono state effettuate 15 interviste semi-strutturate, 8 focus group, 5 etnografie e un questionario da cui sono state raccolte 361 risposte da parte dei genitori. Dal campo di studio e dal periodo di *visiting* all'estero, inoltre, sono emerse ulteriori suggestioni rispetto a quelle assunte in partenza (Schwartz-Shea, Yanow, 2014). Per tale

ragione, si è effettuata anche un'analisi su dati secondari statistici pre-esistenti. Nello specifico, si è operata una riflessione su scala europea, a partire dai dati desunti dall'ultima pubblicazione della sorveglianza europea COSI (Ramos *et al.*, 2021). La ricerca si è avvalsa del coinvolgimento di attori e ambienti considerati strettamente legati al tema dell'obesità, delle abitudini alimentari e degli stili di vita. Nello specifico:

Il reclutamento è iniziato grazie alla collaborazione con l'Assessorato alla scuola e alle politiche educative e alla Dirigenza del settore educazione del Comune di Rimini che sono stati i *gatekeepers* per relazionarsi con la Dirigenza scolastica. La scuola, ambiente di socializzazione secondaria, è stato il luogo centrale per la costruzione dei contatti secondo un campionamento a valanga (*snowball sampling*[1] e per la realizzazione della sorveglianza. Per ragioni di efficienza operativa e di attenzione pratica, la scuola è stato l'ambiente principale per la raccolta delle informazioni. A tal proposito i plessi delle scuole primarie riminesi che hanno aderito sono:

[1] Il campionamento viene definito a valanga in quanto ad ogni stadio i soggetti coinvolti hanno individuato nuove unità con cui interloquire. Questa modalità è stata utile soprattutto, inizialmente, in ambienti non accessibili a chiunque e su temi delicati per i quali è difficile ottenere risposte dirette come in Palumbo, Garbarino, op. cit.

Si tratta di Istituti che delineano, territorialmente e demograficamente, aree eterogenee e variegate divise tra centro storico, periferia e litorale. Inoltre, è stata data priorità alle classi dei Plessi che offrono, per almeno 1 volta alla settimana, il servizio mensa. Ciascun Dirigente Scolastico ha designato, poi, un'insegnante referente che si è sottoposta ad interviste semi-strutturate periodiche e a focus group (esplorativi, di approfondimento e aggiornamento). Ciascuna insegnante, a sua volta, ha fatto da *gatekeeper* per tutte le attività di coordinamento relative al proprio ambito. Esse sono state il collegamento fondamentale per la somministrazione e la sollecitazione alla compilazione dei questionari ma anche per l'accesso all'interno dei locali e per la partecipazione all'istituto delle Commissioni Mensa. Il reclutamento, poi, si è allargato, contemporaneamente, in più direzioni: l'ambiente della refezione scolastica, quello medico-sanitario territoriale e quello, più strettamente, politico-amministrativo esplorando e approfondendo la tematica da più punti di vista anche al fine di ricostruire pratiche e processi evoluti dal contesto riminese raccontati attraverso le parole dei suoi testimoni diretti. In questo caso, il campionamento è avvenuto "per esperti" o "campione sociologico" (Palumbo, Garbarino, 2022) selezionando individui, particolarmente, competenti in base al problema da affrontare ma soprattutto per ottenere informazioni significative e specifiche. Questi testimoni hanno, successivamente, identificato, *a palla di neve,* altre unità di soggetti sensibili che potevano approfondire, ulteriormente, pratiche e concetti.

3.1. L'analisi qualitativa

Nonostante le difficoltà, causate dal periodo pandemico, è stata effettuata un'ampia indagine esplorativa e una successiva di approfondimento. La metodologia qualitativa è stata un importante mezzo per delineare la ricerca di sfondo e analizzare aspetti, questioni, criticità, particolarmente, cari agli interlocutori da un punto di vista locale, nazionale e sovranazionale. Nello specifico, per avere un buon quadro d'insieme, sono state utilizzate sia la *desk analysis* che indagini partecipative di varia natura (Palumbo, Garbarino, 2022; Corbetta, 2015). Lo studio della letteratura, grigia e scientifica, con particolare attenzione verso l'analisi di dati epidemiologici e demografici e la partecipazione a diversi *webinar,* locali e (inter)nazionali, hanno

permesso di dare corpo al tema dapprima secondo un profilo macro e successivamente posizionarlo su una traiettoria micro locale-territoriale. A ciò, è seguito un approccio mosaico (Clark, Moss, 2011) composto da 15 interviste semi-strutturate a insegnanti, medici, esperti del settore ristorazione, testimoni istituzionali; 8 focus group con genitori, insegnanti, medici e 5 etnografie: 2 in presenza durante il pranzo in mensa e 3 durante le Commissioni mensa (1 in presenza e 2 mediante piattaforma online).

All'interno della fase qualitativa, in cui ci si è orientati alla comprensione piuttosto che alla spiegazione, le logiche di campionamento sono state focalizzate su specifici casi, non statisticamente rappresentativi (Corbetta, 2015). Si è trattato, quindi, di individuare i soggetti appropriati da intervistare e la procedura empirica che consentisse di raggiungere gli scopi conoscitivi della ricerca (Cardano, 2003). Tali casi, definiti "insiemi logico-significativi" (Altieri, Mori, 2003), piuttosto che "campioni", sono scelti sulla base della loro significatività sociologica e di motivazioni portate dal ricercatore (Altieri, Mori, 2003).

Inoltre, al fine di garantire l'anonimato dei soggetti partecipanti, si è scelto di riportare i contenuti testuali con il ruolo sociale che i soggetti hanno all'interno della ricerca seguiti da un numero progressivo (es. Insegnante 1, Insegnante 2…ecc.) che possa distinguere, le diverse voci, senza che alcun riferimento di dettaglio conduca all'identità del partecipante. Al fine di contestualizzare la modalità e il periodo di acquisizione della testimonianza, poi, ad ogni voce segue "intervista" o "focus group", il mese e l'anno in cui è stata effettuata (es. Insegnante 1, focus group - giugno 2020).

3.1.1. Interviste semi-strutturate e focus group

All'interno delle "famiglie di approcci non standard" qualitativi (Marradi, 2007), in questo paragrafo, verranno approfonditi i metodi d'indagine mediante interviste semi-strutturate e focus-group.

La tecnica dell'intervista semi-strutturata, con i vari esperti coinvolti, è stata scelta al fine di sollecitare una narrazione che consentisse di «raccogliere informazioni dettagliate sull'universo di valori, sulle rappresentazioni sociali, sul profilo di personalità» (Cardano, 2003, p. 56) degli interlocutori. L'obiettivo preliminare è stato quello di volersi mettere nella prospettiva del soggetto studiato per poterne cogliere le categorie mentali, le interpretazioni, le percezioni, i sentimenti e i motivi delle sue azioni (Corbetta, 2015). Tra le varie tipologie di intervista (Cardano, 2003), sulla base della relazione, del tipo di comunicazione e del contesto dove è avvenuta l'interlocuzione, è stata utilizzata, prevalentemente, l'intervista semi-strutturata condotta in videoconferenza (via *Google Meet* o *Whatsapp*).

Per le interviste semi-strutturate sono stati individuati i temi da trattare e per ognuno di essi si sono ipotizzate una serie di domande da porre agli intervistati. Coerentemente con le caratteristiche dell'intervista semi-strutturata, i temi sono stati trattati senza un ordine prestabilito, fornendo stimoli o spingendo l'intervistato ad approfondire argomenti ritenuti interessanti per gli obiettivi dello studio lasciando, prevalentemente, che fosse il partecipante a condurre la relazione, per quanto possibile (Corbetta, 2015). I temi che si è inteso indagare sono così riassumibili:

- le diverse prospettive (familiare, scolastica, medica, politica e sociale) sull'obesità infantile;
- l'alimentazione biologica e l'educazione alimentare (a casa, a scuola e nei contesti istituzionali);
- gli stili di vita attivi, sedentari e la relazione con la tecnologia;

– il ruolo dei genitori, della scuola e del territorio in relazione al tema dell'obesità, agli stili alimentari e di vita.

I focus group sono una tecnica di gruppo «preziosa per documentare le complesse e mutevoli dinamiche attraverso cui si formano, si elaborano e si applicano le norme e i significati propri del gruppo (…) sono un campo di ricerca autonomo che permette di studiare gli aspetti di (…) società tardo moderne contraddistinte da identità sociali di tipo riflessivo ma anche da comportamenti che rimangono orientati normativamente» (Bloor *et al.*, 2002, p. 32). In questo caso, si è trattato di invitare un gruppo di persone a parlare, discutere e confrontarsi riguardo l'atteggiamento personale (in termini di *expertise* o *lay expertise*)[2] nei confronti di alimentazione, attività, obesità infantile e di come, nella realtà riminese, siano percepiti dai bambini e dalle famiglie con quali consapevolezze, vantaggi o, al contrario, limiti. L'intervista di gruppo è stata moderata mediante stimoli verbali, in modo interattivo, lasciando i partecipanti liberi di comunicare anche con gli altri membri e facendo originare ed evolvere la discussione. Indicativamente, i vari focus group, hanno avuto una durata da 60 a 90 minuti e la composizione è stata variabile da 5 a 10 partecipanti. Prevalentemente, i focus group, sono stati condotti online, via *Google Meet,* dove la discussione è avvenuta tramite interfaccia web (anziché seduti intorno ad uno stesso tavolo nella medesima stanza), in modalità sincrona, riproducendo la stessa simultaneità di partecipazione tradizionale. Queste sessioni sono state effettuate mediante *nominal group technique* ossia aggregando i partecipanti in base ad uno specifico obiettivo conoscitivo e decisionale con un'interazione strutturata in modo da sollecitare alcune dinamiche con gli esperti coinvolti. Inoltre, sono stati effettuati anche focus group (sia online che in presenza) mediante *brainstorming,* sollecitati alla fine di alcune Commissioni mensa, dove l'insegnante referente ha lasciato che si attivasse, mediante il ricercatore, una nuova discussione intorno ad alcuni temi di specifico interesse per le tematiche oggetto di questo studio (Palumbo, Garbarino, 2022).

Sia le interviste semi-strutturate che i focus group sono stati corredati da una minima traccia per rendere la conversazione flessibile ma, anche, sufficientemente direttiva al fine di esplorare il campo. Tuttavia, specie per questi ultimi, si è lasciato, soprattutto, che il gruppo di persone parlasse, discutesse e si confrontasse anche con gli altri membri riguardo l'atteggiamento personale, nei confronti del tema, in base ai ruoli ricoperti e, quindi, alle percezioni delle differenti prospettive da cui inquadrare la realtà sociale (Palumbo, Garbarino, 2022; Corbetta, 2015; Frisina, 2010; Semi, 2010). Il software NVIVO è stato utilizzato per l'analisi qualitativa computer-assistita, al fine di organizzare il materiale empirico e gestirlo con maggiore facilità prima per la trascrizione *clear verbatim* del materiale testuale acquisito e, successivamente, per la fase di analisi del contenuto. Il materiale raccolto è stato analizzato applicando le categorie teoriche sviluppate preliminarmente ma anche sollecitate in itinere.

3.1.2. Etnografie

Attraverso l'approccio etnosociologico (Palumbo, Garbarino, 2022), si è cercato di cogliere le logiche di azione e le configurazioni, dei rapporti, all'interno del

[2] Con *expertise* si indica il contributo fornito da esperti tecnici dell'argomento trattato mentre *lay expertise* è l'apporto informativo degli interlocutori "non tecnici" che hanno acquisito una competenza specifica sul tema a causa della loro, diretta o indiretta, esperienza.

mondo sociale delle realtà scolastiche riminesi. Nelle scuole primarie di Rimini, durante l'orario del pranzo così come partecipando alle Commissioni Mensa, l'obiettivo è stato quello di cercare di esaminare come gli adulti (nei loro diversi ruoli) e i bambini attribuissero un senso a ciò che accadeva. Partendo dal presupposto che lo studio sul campo arricchisce il lavoro di ricerca restituendo una realtà caratterizzata da valori introiettati, credenze e rappresentazioni, i processi interpretativi sono qui attivati sulla comprensione empatica delle situazioni. Le etnografie, infatti, sono state affrontate da *insider* ossia partecipando completamente e interagendo ai processi – sia durante il momento del pasto a mensa sia durante le Commissioni mensa – (DeWalt, DeWalt, 2002) prediligendo un modo di vivere il contesto scevro da giudizi di valore e preconcetti. A tal proposito, si è imparato a familiarizzare con quanto accadeva sul campo e a usare la conversazione quotidiana, non strutturata, come tecnica di intervista. Per le interviste, completamente, non strutturate, all'interno delle etnografie, quindi, non sono state costruite delle domande con un ordine predefinito ma si è proceduto per argomenti generali in base al momento vissuto. L'intervista si è adattata alla e alle persona/e che si sono incontrate modulando il linguaggio e l'atteggiamento in base al ruolo, alle competenze e al grado di apertura che l'interlocutore mostrava nel dialogo. L'utilizzo della prospettiva *emic*[3], poi, è avvenuto, principalmente, per attenuare il più possibile quel ruolo di regia del ricercatore che rischia di snaturare il quadro di riferimento studiato. In tal modo, ci si è allontanati dalla creazione di una sorta di asimmetria di potere, tra chi chiede e chi risponde, sia da un punto di vista cognitivo che comportamentale (Palumbo, Garbarino, 2022). Soprattutto nell'approccio con i bambini, è stato fondamentale non far percepire loro la presenza di un esterno, in maniera marcata, adattandosi il più possibile per creare un clima disteso e cordiale.

Il resoconto etnografico, definito dal suo pioniere (Malinowski, 1922) come una attività olistica, è stato trascritto, successivamente, distinguendo ciò che era stato rilevato da ciò che veniva interpretato. Tale materiale è stato, inizialmente, sistematizzato compilando una griglia di osservazione secondo modalità in parte predefinite e regolamentate per costruire e raccogliere materiale eterogeneo in una fase iniziale (es. impressioni, appunti, fotografie etc.) e analizzarlo in itinere. Per la disseminazione dei resoconti delle Commissioni Mensa si è deciso di utilizzare dei *graphic facilitators* che, all'interno dell'onda dei metodi creativi, sono utili a evidenziare il dialogo tra i partecipanti con i loro diversi ruoli durante gli incontri, consentendo una rappresentazione "semplificata" della complessità (Giorgi *et al.*, 2021). A seguito della trascrizione, *clear verbatim*, dei dialoghi tra i partecipanti alle varie Commissioni Mensa, infatti, se ne sono estrapolate le narrazioni principali valutando i temi maggiormente discussi, ripetuti e resi incisivi dagli stessi attori intervenuti. In secondo luogo, si sono trasposti i testi in dialoghi e le persone in immagini (Giorgi *et al.*, 2021). Poi è stato utilizzato *Canva*, strumento di progettazione grafica, che permette l'utilizzo di modelli preimpostati per modificarli a proprio piacimento. La facilitazione grafica favorisce il processo di lettura, mediante stimolo sensoriale visivo-testuale, e l'accesso a rappresentazioni identitarie, sociali ed esperienziali sia in modo simbolico che materiale (Giorgi *et al.*, 2021).

[3] Nell'approccio "emico" il ricercatore si avvicina alla prospettiva della popolazione osservata cercando di carpire significati e comportamenti dal punto di vista delle persone che vivono all'interno di quella cultura (Mostowlansky, Rota, 2020).

3.2. L'analisi quantitativa

Il materiale raccolto e i relativi risultati emersi hanno permesso di porre le basi per un questionario, un metodo quantitativo che è il nucleo fondante del lavoro, qui, presentato. L'indagine *Scuola, salute e stili alimentari delle famiglie prima e durante il COVID-19. Un'analisi sociologica sul territorio riminese* è stata orientata, principalmente, alla raccolta di informazioni legate ai fattori di rischio modificabili – abitudini alimentari e stili di vita – e al conseguente impatto che le attività, presenti sul territorio, avevano sulle famiglie con figli in età scolare. Il questionario è stato realizzato secondo un approccio critico-costruttivista (Marradi, 2019; 2007) che presuppone un'attenzione costante alla fedeltà del dato costruito, nel corso del suo svolgimento, e che è dipeso da una pluralità di fattori: il disegno del questionario, la preventiva validazione attraverso interviste e pre-test a genitori e insegnanti[4], l'addestramento e la motivazione dei rilevatori, il controllo dell'intero ciclo metodologico della ricerca. Il questionario è stato costruito avvalendosi, prevalentemente, di *Survey Monkey*, una piattaforma di compilazione d'interviste/formulari online che si rivela, particolarmente, utile quando si tratta di esaminare campioni auto-selezionati, e non statisticamente rappresentativi della popolazione. La versione *upgraded* ha permesso di inserire, nella fase di costruzione, un alto numero di quesiti (n. 96) strutturati secondo una sequenza logica, prevalentemente, chiusi *multiple choice* alternati da *box* a risposta aperta con risposte precodificate e salti di domanda per filtrare meglio le risposte (Marradi, 2019; Corbetta, 2015). Il questionario si suddivide in 7 sezioni[5] e comprende domande riferite ad un periodo di tempo limitato precedente al COVID-19 e durante i lockdown (ALLEGATO C). Inoltre, per evitare problemi di comprensione delle domande, dovuti alla somministrazione senza assistenza, sono state inserite delle istruzioni di compilazione direttamente, nel testo della domanda.

Per rendere possibile la richiesta di uno degli Istituti aderenti alla ricerca, inoltre, è stata predisposta anche la versione cartacea del questionario in cui sono stati evidenziati, in grassetto, gli eventuali filtri alle domande in base alle risposte fornite. Sia i questionari online che quelli cartacei sono stati somministrati ai genitori o ai tutori legali dei bambini che frequentano le primarie, incluse nello studio, garantendo l'anonimato così da rendere più autentiche le risposte. Utilizzando la tecnica CAWI (Computer Assisted Web Interview), i questionari online (Palumbo, Garbarino, 2022; Lombi, 2015) sono stati trasmessi, mediante link, ai referenti dei singoli plessi che lo hanno condiviso e diffuso sul sito web della scuola, all'interno del registro elettronico o nei gruppi whatsapp con i genitori. Ciò ha offerto multimedialità e dinamicità – elementi importanti che riducono il tasso di abbandono – ma anche abbattimento dei costi e analisi più celeri. I questionari cartacei (Palumbo, Garbarino, 2022; Marradi, 2019), invece, sono stati consegnati alla referente dell'Istituto e da questa distribuiti ai genitori. Ai fini della compilazione, le domande sono rimaste le medesime, si sono altresì riadattate solo alcune istruzioni per semplificare la compilazione autonoma (ad esempio le indicazioni sui salti di domanda). Sebbene, in questo caso, il lavoro successivo sia stato più oneroso poiché i questionari sono stati visionati uno per volta ed inseriti, manualmente, nella piattaforma *Survey Monkey,* questa modalità tradizionale e "sorvegliata" (i genitori sapevano di dover riconse-

[4] A tal proposito è stato selezionato un apposito campione di intervistati cui sottoporre il questionario all'interno delle classi aderenti al progetto che facciano la mensa almeno una volta alla settimana.

[5] Nello specifico oltre alla *scheda antropometrica di bambina/o* e *genitore*, troviamo *colazione e merenda; la mensa scolastica; i pasti a casa; uso di strumenti digitali e attività fisica; educazione alimentare e altri componenti familiari e abitudini alimentari durante i vari lockdown.*

gnare i questionari alle insegnanti) ha visto un tasso di risposta altissimo, 103 compilazioni su 125, includendo anche quei genitori che non utilizzano Internet o, in generale, gli strumenti informatici con disinvoltura.

Premesso che un questionario non può pretendere di osservare con eccessiva profondità il mondo interiore e complesso di ogni realtà sociale, ha, però, permesso di trovare un minimo comun denominatore ad atteggiamenti, orientamenti, comportamenti per rilevare dati tra loro comparabili ed utilizzabili nella ricerca. Le scuole aderenti al progetto, poi, sono state l'ambiente ideale mediante cui realizzare questa indagine: le famiglie sono risultate meglio raggiungibili tramite i canali istituzionali e autorevoli messi a disposizione abbracciando tutti i gradi di istruzione primaria (dalla prima alla quinta classe). Il metodo di campionamento è non probabilistico, di convenienza, la popolazione adulta, che ha compilato online il questionario non è stata casuale, ma, all'interno dei singoli Istituti Comprensivi di Rimini con mensa che hanno aderito al progetto e condiviso il questionario, si è in parte auto-selezionata partecipando su base volontaria. La numerosità campionaria, pertanto, è stata individuata sulla base della popolazione di bambini delle primarie con mensa, dal primo al quinto grado, in modo da avere un gruppo omogeneo con un'estrazione territoriale variegata – centro, periferia, zona litoranea. Tra le altre, sono state richieste le caratteristiche antropometriche e alcune variabili socio-economiche relative alla famiglia. Per stimare la prevalenza di sovrappeso e obesità è stato utilizzato l'IMC, ottenuto come rapporto tra peso espresso in chilogrammi e il quadrato dell'altezza espressa in metri. Se la formula dell'IMC è uguale per adulti e bambini ciò che varia sono i parametri entro cui si classificano i livelli di sovrappeso e obesità di un bambino. Seguendo le curve definite dal WHO (2007a), pertanto, per la popolazione infantile l'IMC è stato calcolato sui percentili di crescita anche tenendo, specificatamente, conto di genere maschio/femmina ed età. La raccolta è avvenuta tra maggio e novembre 2021. La disponibilità e l'efficienza delle Dirigenze scolastiche, coadiuvate dall'importante supporto delle referenti da essi designate, ha consentito di raggiungere un buon livello di adesione delle famiglie. I questionari – online e cartacei – sono stati compilati, infatti, da 361 genitori, prevalentemente, madri italiane in una fascia d'età media di 41 anni con un titolo di studio medio-alto, occupate e in una relazione (tab. 2 e 3).

3.2.1. Caratteristiche dei bambini e dei genitori partecipanti

Tab. 1 – Età e genere della popolazione infantile indagata

ETÀ	N	%	SESSO	N	%
6-7	121	33,5	**Maschi**	192	53,2
8-9	155	42,9	**Femmine**	169	46,8
10 O PIÙ	85	23,5			

Tab. 2 – Fasce d'età e genere genitore rispondente

ETÀ genitore rispondente	N	%	GENERE genitore rispondente	N	%
25-30	10	2,8	**Uomini**	31	8,6
31-39	121	33,5	**Donne**	330	91,4
40-45	156	43,2			
46-50	65	18			
51-57	9	2,5			

L'analisi dei dati – finalizzata alla stima delle prevalenze delle variabili rilevate – è stata effettuata usando il software SPSS. Per alcune variabili è stato utile calcolare l'intervallo di confidenza al 95% e realizzare test statistici in cui sono state evidenziate le eventuali differenze significative. Nel periodo interessato, a Rimini, hanno partecipato all'indagine 4 Istituti Comprensivi su 7 che offrono la mensa sul territorio. Tra questi sono stati coinvolti attivamente 10 plessi di cui 2 facenti parte del centro storico di Rimini, 3 insediati nella zona litoranea e 5 in periferia. Su 1764 bambini frequentanti la mensa di tali istituti, il 20,46% ha partecipato all'indagine, un dato importante se consideriamo il contesto, precario e non sempre lineare, creato dal COVID-19 in cui tale somministrazione è avvenuta.

Tab. 3 – Caratteristiche socio-demografiche famiglie indagate

	MADRE		PADRE	
Caratteristiche	**N**	**%**	**N**	**%**
GRADO DI ISTRUZIONE				
Basso	36	10	74	20,5
Medio	151	41,8	189	52,4
Alto	174	48,2	98	27,1
NAZIONALITÀ				
Italiana	309	85,6	326	90,3
Straniera	52	14,4	35	9,7
LAVORO				
Occupata/o	298	82,5	333	95,7
Non Occupata/o	63	17,5	15	4,3
NUCLEO FAMILIARE				
Monogenitoriale	49	13,6%		
Bigenitoriale	312	86,4%		

4. Analisi della percezione su dati secondari

L'analisi sulla percezione del peso dei bambini da parte dei genitori, a livello europeo, è stata acquisita mediante ricerca secondaria ossia avvalendosi di dati già raccolti ed elaborati per scopi simili a quelli che orientano il presente percorso di ricerca (Palumbo, Garbarino, 2022). I dati secondari, pertanto, rappresentano le informazioni che sono state estrapolate e utilizzate nella parte finale di questo lavoro. In questo tipo di analisi, l'asse dell'attenzione si sposta sul contesto facendo assumere al fenomeno sociale un significato a livello aggregato. Si tratta di una ricerca ecologica in cui l'oggetto di analisi sono le percezioni dei genitori nei paesi europei. Tali dati, infatti, non sono facilmente reperibili direttamente. Tuttavia, durante il periodo di *visiting,* presso il Centre for Studies and Research in Social Dynamics and Health (CEIDSS) di Lisbona, centro principale della sorveglianza *Childhood Obesity Surveillance Initiative* del WHO, si è assistito al processo di costruzione e di raccolta dati. I criteri che hanno preceduto la scelta dei dati da utilizzare e, quindi, delle fonti da monitorare possedevano le caratteristiche di rappresentatività, affidabilità, cadenza temporale e confrontabilità (Palumbo, Garbarino, 2022).

All'interno dello studio *Parental Perceptions of Children's Weight Status in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI 2015/2017* (Ramos *et al.*, 2021), ai genitori, dei 22 paesi coinvolti, è stato chiesto di identificare le proprie percezioni sullo stato di peso dei figli come "sottopeso", "normopeso", "un po' sovrappeso" o "estremamente sovrappeso"[6]. La classificazione del

[6] Nelle indagini rivolte ai genitori, non si usa quasi mai la parola "obeso" poiché intrisa di significati spesso stigmatizzanti che possono inibire. Pertanto è usuale trovare "estremamente o molto sovrappeso" intendendo i valori che si associano all'obesità.

peso dei bambini si riferisce ai riferimenti del WHO (2007a). Per ogni paese, incluso nell'analisi e nelle stime aggregate, è stata calcolata la distribuzione in base alla percezione dei genitori dello stato di peso del bambino nonché le percentuali di percezioni accurate, sopravvalutate o sottostimate (Ramos *et al.*, 2021).

Da una prima osservazione, si sono notate somiglianze e differenze polarizzate territorialmente e suddivise tra i paesi dell'Europa meridionale, del Nord e Orientale. Con l'obiettivo di allargare la riflessione, a livello europeo, in merito alle pratiche e ai processi socio-culturali che impattano sulle percezioni ma sempre restando in traiettoria con quelle italiane e nello specifico riminesi, si è deciso di estrapolare ed analizzare, da questo studio, solo i 9 paesi considerati appartenenti alla regione dell'Europa meridionale, secondo la definizione geopolitica dell'ONU[7]. Nello specifico, si tratta di Albania, Croazia, Italia, Malta, Montenegro, Portogallo, San Marino, Spagna, Turchia.

Evidenziati i paesi da analizzare, si è scelto di concentrare l'attenzione sui soli valori di normopeso da un lato e sovrappeso e obesità, dall'altro. Pertanto, è stato calcolato in modo aggregato il delta di scostamento ossia la variazione percentuale tra il valore di peso reale dei bambini e quello percepito dai genitori per ogni variabile normopeso, sovrappeso, obeso relativa ai paesi europei considerati. Lo scarto è andato a creare valori di sovrastima o sottostima. Tendenzialmente, risulta sovrastimato dai genitori il peso "normale" dei figli e sottostimato l'eccesso ponderale rispetto ai dati reali emersi dal calcolo dell'IMC. Per rendere immediata la visualizzazione di questo scostamento percettivo, i dati sono stati inseriti in un diagramma alluvionale o di flusso (*Sankey diagram)* la cui distanza è disegnata in maniera proporzionale al maggiore o minore livello di sottostima (per i flussi di normopeso) e di sovrastima (per i flussi di sovrappeso e obesità). I diagrammi alluvionali sono utili per accentuare visivamente i flussi all'interno di un sistema individuandone i contributi dominanti (Lupton, Allwood, 2017). Tali grafici sono stati creati mediante *Flourish app,* una piattaforma di visualizzazione di dati e *storytelling* che trasforma le variabili in grafici, mappe e storie (anche interattive). L'analisi degli scostamenti ha messo a confronto le distanze di sovrastima e sottostima nella percezione genitoriale sul peso dei figli dando origine ad un'ulteriore riflessione in merito alle cause sociali e culturali che generano tali differenze. A questo punto, con l'intento di offrire una panoramica il più esaustiva possibile, è stata effettuata una analisi "terziaria" ossia si è spostato l'esame dall'elaborazione al processo di costruzione (Palumbo, Garbarino, 2006). Partendo dai valori di scostamento sulla percezione, se ne è voluto comprendere i tratti socio-culturali comuni ai paesi europei che influenzano il modo di percepire il peso da parte della popolazione che vi risiede. Riprendendo la distinzione tra i 22 paesi, si è, proceduto con una revisione della letteratura estrapolando alcuni concetti chiave: la dieta alimentare prevalentemente seguita, la figura di riferimento in cucina, il livello di attenzione verso stili di vita attivi, la tipologia di welfare sanitario presente e il grado di radicamento di canoni estetici di magrezza. A partire da questo schema onnicomprensivo, il focus dell'attenzione si è, poi, nuovamente concentrato solo sull'Europa meridionale andando a rilevare quali, tra questi tratti, fossero più determinanti nella ricostruzione di un modello ideale socio-educativo che, in misura maggiore o minore, possa influenzare le errate percezioni genitoriali sul peso dei figli. Conseguentemente, si è, poi, proceduto con la più ampia riflessione finale su come le traiettorie, sovranazionali comuni, siano collegabili anche a quelle in cui si inserisce il caso studio riminese, qui, affrontato.

[7] Cfr. *Standard country or area codes for statistical use* nel sito: unstats.un.org.

5. Alcune considerazioni sui limiti della ricerca

La pianificazione e la conduzione della ricerca ha assorbito le complicanze derivanti dall'impatto che la pandemia da COVID-19 ha avuto negli ambiti studiati (famiglia, scuola, istituzioni socio-sanitarie e amministrative). Tutti questi contesti, così come le persone che li frequentano, hanno risentito in maniera consistente del periodo emergenziale e ritagliarsi spazio all'interno di tali dinamiche e con tali interlocutori non è sempre stato semplice e lineare. La principale criticità che accomuna la rilevazione, prevalentemente per via telematica, dai questionari alle interviste, ai *focus group* alle etnografie, sono le disuguaglianze sociali come fattore che influisce sul tasso di adesione alla rilevazione. Bisogna tenere conto, infatti, del *bias* risultante da un possesso diseguale del mezzo tecnologico ma anche le abilità e propensioni differenti nell'utilizzarlo. Oggi "la vita è digitale" (Lupton, 2014) e l'impatto dei dispositivi elettronici nella quotidianità si riflette nei differenti contesti e riconfigura le biografie standardizzando comportamenti, semplificando azioni, forgiando le interazioni. E, talvolta, diamo per scontato non solo che tutti gli individui abbiano almeno uno *smartphone* di ultima generazione ma che siano abbastanza alfabetizzati per accedervi ed interagire. La scelta di utilizzare la via telematica è stata sicuramente una necessità ma ha, certamente, facilitato popolazioni che avevano accesso e utilizzavano, fluentemente, il mezzo. La ricerca di alternative, dunque, è stata conseguente alla verifica di difficoltà tra coloro che ritenevano imperscrutabile tale modalità (Corbetta, 2015).

Per i questionari, scegliere un campionamento non probabilistico le cui unità non sono state selezionate casualmente ha riflettuto le idee e gli orientamenti di chi lo ha costruito. Tale campionamento è stato fondamentale per riprodurre le caratteristiche della specifica popolazione oggetto di indagine ma i risultati non possono essere estesi a tutti i residenti sul territorio condizionandone, dunque, le stime di precisione. Di conseguenza, anche la numerosità di genitori raggiunta non è proporzionata alla dimensione dell'intera popolazione ma a quella, specificatamente, rilevata: genitori con figli che frequentano le primarie di Rimini con mensa, aderenti al progetto.

L'acquisizione di dati (virtuali) qualitativi (interviste, focus group, etnografie) si è adattata ai contesti online. Nonostante la modalità videoconferenza, è possibile una perdita parziale di linguaggio non verbale e dettagli. Nello spaccato visuale offerto, non è totalmente possibile modificare e/o ampliare il proprio raggio visivo per afferrare ogni sfumatura, utile ai fini della ricerca. Si prova ad osservare, dunque, quello che il partecipante ci fa osservare. Analizzando, l'ambito di costruzione del dato, a "distanza", è necessario considerare altre due dimensioni: il contesto artificiale e il grado di perturbazione osservativa. Il contesto dove si sono svolte la gran parte delle relazioni è, spesso, "ricostruito" all'interno di una piattaforma. Ciò sottrae, inevitabilmente, all'interazione alcuni aspetti del contatto personale ma anche della familiarità con l'ambiente stesso ove si svolgono dialogo o osservazione. Si sono gestite interferenze dovute sia alla presenza di "esterni" alla conversazione che a problemi di connessione. Elementi che interrompono la concentrazione e il fluire del dialogo. Rispetto alla modalità tradizionale, poi, i soggetti coinvolti sono marcatamente più consapevoli di star partecipando ad uno studio e, quindi, che le attenzioni siano rivolte a loro potendo modificare il proprio comportamento o modulare la misura in cui cooperare alla ricerca. La perturbazione osservativa percepita, quindi, talvolta può aver reso meccanica l'interazione (Palumbo, Garbarino, 2006).

Infine, si accolgono le riflessioni di Favretto e Zaltron (2021) sulle modalità di compartecipazione dei bambini ai processi di ricerca che li riguardano, riconoscendo loro individualità, autonomia e capacità di formarsi un'opinione personale sul pro-

prio stato di salute, sulle proprie abitudini e sui propri stili di vita. Il contesto pandemico ha ristretto la possibilità di creare un dialogo diretto con i bambini da integrare alla prospettiva familiare e scolastica. Pertanto, la “voce dei minori” è sempre filtrata dallo sguardo e dalle riletture effettuate dai genitori. Tuttavia, la narrazione dei bambini arricchirà, le prossime fasi di questo studio.

4. *La dimensione sociale dello spazio familiare*

La famiglia è uno *spatium* sociale dinamico (Fanci, 2018) in cui sistemi di rappresentazione e strutture trasmesse vengono incorporate nell'*habitus* degli individui in modo inter e/o intra generazionale (Poulain, 2008). Il funzionamento delle famiglie è il riflesso dei significati e delle significazioni attribuiti alle strutture sociali, simboliche e storiche che generano «sistemi di disposizioni durevoli e trasferibili interiorizzati in modo non cosciente (…) ma è anche principio, relativamente autonomo, di organizzazione delle pratiche e della loro percezione» (Bourdieu, 2001, p. 174). Le modalità di funzionamento sono influenzate dalla posizione occupata nella stratificazione sociale della famiglia che può essere misurata osservando il capitale economico (risorse materiali e finanziarie), sociale (livello di densità delle relazioni costruite) e culturale (istruzione, formazione, competenze extra-scolastiche). Alla costruzione di questa dimensione sociale, inoltre, contribuiscono anche quelli che sono, secondo Maurice Halbwachs (2001), due concetti fondamentali e strettamente correlati: il *quadro sociale*, l'insieme delle nozioni, i punti di riferimento collettivi ed esterni che l'individuo apprende e la *memoria sociale*, un ricordo stereotipato, un avvenimento che perdura, nel tempo (Fischler, 1992). Gli stili familiari (alimentari e di vita) sono, inizialmente, prodotti e rinforzati da tutte queste componenti che si generano nell'ambiente di socializzazione primaria al punto da influenzare il modo di pensare, percepire e fare, sin da bambini. Per il percorso che si sta affrontando, le pratiche quotidiane e le traiettorie sociali familiari sono anche la chiave di volta nell'osservazione dell'obesità infantile. Il contesto famiglia è l'ambiente entro cui gli adulti dirigono le scelte alimentari dei figli e ne supportano od ostacolano gli stili di vita (attivi o sedentari) condizionandone il corso di vita futuro. Pertanto, nelle pagine a seguire, si analizzerà come le scelte educative alimentari e di vita familiari interagiscano all'esterno nei contesti della quotidianità analizzando le specifiche sezioni del questionario che guiderà il percorso d'analisi e sarà arricchito dall'insieme delle traiettorie narrative dei *problem-centred expert* ascoltati mediante interviste semi-strutturate e focus group (Döringer, 2020).

1. Alimentare l'educazione infantile al cibo

L'alimentazione è un aspetto della vita umana che rappresenta, socialmente, i comportamenti, sia individuali che di una comunità, mediante l'elaborazione di fatti sociali come il cibo (Meglio, 2017). La comunità ha costruito e costruisce la coscienza culinaria e domestica, "educa" ai riti, costumi ed usi legati all'alimentazione che poi tramanda, di generazione in generazione, socializzando, sin da piccoli, alla conoscenza di prodotti considerati in grado di dare beneficio alla persona.

Definire dei criteri al fine di alimentare l'educazione infantile al cibo sottintende riconoscere che l'anima dei nostri "piatti" (Lupton, 1999) si insinua nella cultura mediante pratiche, esperienze sensoriali e linguaggi posti in essere già durante la vita intrauterina. Il primo contatto "indiretto" che i bambini hanno con il nutrimento, infatti, si origina nell'ambiente fetale. In questo periodo, alcuni studi (Au *et al.*, 2013; Gluckman *et al.*, 2008; Yajnik *et al.*, 2003) hanno dimostrato come sia la denutrizione che la malnutrizione delle madri incida sulla predisposizione genetica

all'obesità e ad altre malattie non trasmissibili con effetti permanenti sulla crescita, sulla struttura e sul metabolismo. Non solo, ma sembra che a partire dall'ottava settimana di gravidanza, il feto – dotato già di papille gustative – inizi a sviluppare il senso del gusto. Nel liquido amniotico, il feto, non solo "assaggia" i sapori sciolti ma, a partire dalla metà del secondo trimestre di gravidanza, evidenzia espressioni di soddisfazione se viene ingerito un alimento, particolarmente, gradevole. Perciò gli studiosi (Au *et al*., 2013; Gluckman *et al*., 2008; Yajnik *et al*., 2003) ritengono che la conoscenza dei sapori, nella vita intrauterina, determini lo sviluppo di un senso del gusto che, in qualche modo, rimarrà impresso nella memoria del neonato facilitandone od ostacolandone lo svezzamento. A partire dalla nascita, l'apprendimento dell'alimentazione – con le sue valenze sociali e culturali – avviene prima ancora, mediante la madre durante l'allattamento per poi separarsi, nei periodi successivi, e svilupparsi all'interno dei contesti famiglia, scuola, gruppo dei pari, altre istituzioni che scandiscono il tempo, narrano le giornate e le occasioni, creano il convivio – verticale o orizzontale[1] – nella vita del bambino. Tuttavia, il tratto fondamentale di questo apprendimento è quello di educare o ri-educare al cibo non solo come consumo, come appartenenza identitaria, come simbolo ma anche come mezzo per diffondere abitudini corrette.

La famiglia, mediante dinamiche, strategie e metodi differenziati e complementari, costruisce la socializzazione primaria dei figli in ambito alimentare. Socializzare al cibo significa far sì che un soggetto interiorizzi norme, valori, principi condivisi nel gruppo di riferimento distinguendo non solo comportamenti e tradizioni gastronomiche ma sviluppando e introiettando una conoscenza al cibo, più o meno, vasta, più o meno, aperta o selettiva. Attualmente, la socializzazione primaria alimentare si costruisce all'interno di "famiglie flessibili" ossia nuclei che sintonizzano il momento del pasto in funzione agli stili di vita – professionali e formativi – sempre più *mordi e fuggi*.

> Molti non sono attenti all'alimentazione dei bambini ma per questioni di tempo non per non saper fare o poca voglia. Non abbiamo più i nostri genitori che cucinavano tutto in casa, la moglie lavora e non ha tempo di fare qualcosa (Genitore 1, focus group - novembre 2020).

Questo incide, sul modo con cui le famiglie educano i figli al cibo. Osservando la tipologia di soluzioni e strategie adottate dai genitori (tab. 1) davanti ad una resistenza dei propri figli – parziale o totale – verso un cibo non particolarmente gradito, ad esempio, rivela molto dell'attenzione e dell'importanza che essi, in prima persona, vi attribuiscono. A tal proposito si è ricodificato la tipologia di soluzioni in cinque *idealtipi*[2]: "nessuna soluzione", "proporre e trasmettere buono esempio", "pressioni e decisioni negative", "cibo come premio", "strategie propositive".

Il 32,5% dei genitori, rispondenti al questionario, utilizza quelle che potrebbero essere definite delle *strategie propositive* ossia dei metodi che propongono un avvicinamento positivo del bambino al cibo che non conosce o non gradisce, stimolandolo, attivamente, alla manualità, alla riflessione e al gusto. Tra le buone pratiche[3] emerse, si menziona:

[1] Con convivio o commensalità verticale il riferimento è alla modalità gerarchica in cui si consuma un pasto ad esempio nei contesti formali mentre convivio o commensalità orizzontale allude all'informalità e all'uguaglianza nell'interazione intorno alla tavola.

[2] In linea con il pensiero weberiano, l'idealtipo è una costruzione metodologica teorica di cui ci serviamo per organizzare i dati della ricerca al fine di poter meglio misurare, comparare, controllare, pianificare la realtà che stiamo descrivendo.

[3] Si riportano *clear verbatim* in corsivo alcune risposte aperte ritenute significative ed espresse dagli stessi genitori all'interno del questionario somministrato per questo studio.

– *fare la spesa insieme, cucinare insieme*: il coinvolgimento diretto dei bambini durante la spesa, decidendo quali verdure e/o frutta acquistare sfruttando il mercato o il reparto ortofrutta del supermercato che attira l'attenzione per i colori e le forme ma anche la preparazione di pietanze sane, guidandoli e incuriosendoli, può stimolare entusiasmo nel mangiare (Allirot *et al.*, 2016);
– *almeno assaggiare*; *facendo assaggiare anche a distanza di tempo*; *spiegare i benefici*: mettere il bambino nella condizione di impegnarsi ad assaggiare anche a fasi alterne e invitarlo a riflettere sul perché della proposta alimentare permette di dare un senso al consumo non coercitivo e risulta un'ottima strategia educativa seppur necessiti di molto tempo e dedizione (Issanchou 2017; Patall *et al.*, 2008);
– *provo a creare polpettine*; *se non piacciono le verdure, le preparo in vellutata, passato o torte salate*; *li amalgamo con altri ingredienti (tipo frittata)*; *li cucino di meno e al forno*; *li presento sotto forma di un suo cibo preferito. Ad es. hamburger di pesce, frullati:* proporre verdure, frutta, carne ed altre pietanze, in forma non pura, è un modo per abituare, senza impatto diretto, a nuovi sapori, soprattutto i bambini altamente reticenti. Questo risulta un primo *escamotage* per riuscire a somministrare colazioni, merende, pranzi o cene, comunque, nutrienti (Letona *et al.*, 2014);
– *impiattamento divertente*; *servirlo insieme alle fiabe tipo "questo pasto lo mangiano solo nei palazzi i grandi re"*: ai bambini piace avvolgere la quotidianità di magia, giochi, storie e personaggi. Con i giusti adattamenti, questa modalità può creare un'aura speciale che attrae, invita e incuriosisce verso alimenti poco graditi.

Sulla medesima linea positiva, il 24,6% dei genitori cerca, in primo luogo, di trasmettere il buon esempio. Come più volte detto, i bambini imparano soprattutto osservando i comportamenti degli adulti, talvolta, provando a copiarli. Ritrovarsi a tavola e condividere il più possibile il momento del pasto insieme, *far provare ad assaggiare dal mio piatto*, diventare un modello per i propri figli, rispettando una sana ed equilibrata alimentazione sono pratiche molto stimolanti per una buona educazione alimentare e rassicurano i bambini nel compiere dei passi verso nuove o poco gradite pietanze (Galloway *et al.*, 2006). Il 29,7% dichiara di non adottare alcuna soluzione sia perché la/il figlia/o *mangia di tutto,* sostenendo l'inesistenza di aspetti problematici relativi al cibo, sia perché *ho esaurito la pazienza!* evidenziando una rinuncia propositiva ed educativa. Tale risposta, apparentemente neutrale, pertanto, fa emergere, al contempo, sia l'efficacia che la complessità del ruolo genitoriale nell'educazione alimentare infantile.

Su un versante meno proficuo per gli scopi che stiamo illustrando, seppur espressa dal 3,5% dei genitori rispondenti, la considerazione del *cibo come premio*. La premialità riferita al cibo mina la motivazione interna del bambino creando un effetto-ricompensa che, se nell'immediato può essere molto efficace, nel lungo termine, distorce dalla corretta interpretazione dei pasti e dell'assunzione di cibo. Ciò, al contrario, favorisce un eccesso di introito calorico (Rogers *et al.*, 2015). Un'altra strategia adottata dal 9,8% rappresenta il gruppo *pressioni e decisioni negative* come "ricatto"; *dico che lo ripropongo al pasto successivo*; *obbligandolo*; *si mangia quello che c'è*; *o mangi questa minestra....* Tuttavia, l'imposizione potrebbe in un primo momento portare il bambino a mangiare ma, successivamente, egli assocerà quel tipo di cibo ad una situazione coercitiva che lo spingerà, nel tempo, ad assumerne sempre meno (Vaughn *et al.*, 2016).

Quanto sono, quindi, efficaci queste strategie?

Tab. 1 – Tipologia di soluzioni ed efficacia per invogliare all'assaggio delle pietanze

Che soluzioni utilizza per invogliare sua/o figlia/o a mangiare cibi che non gradisce molto?		**Le soluzioni che ha descritto sono efficaci?**	
%		**%**	
Nessuna soluzione	29,7	Sì, sempre	32,5
Trasmettere buon esempio	24,6	Sì, a volte	61,7
Pressioni e decisioni negative	9,8	No, mai	5,8
Cibo come premio	3,5		
Strategie pro-positive	32,5		
Totale	100,00	Totale	100,0

In generale, il 61,7% fa emergere l'intermittenza delle soluzioni adottate. Da un'analisi più complessa, che risulta anche statisticamente significativa, le strategie pro-positive e la trasmissione del buon esempio avrebbero un impatto migliore sull'efficacia delle soluzioni nel lungo termine.

Tab. 2 – Frequenza e modalità di aiuto nonni o altri familiari nella crescita dei figli

I nonni o altri famigliari la aiutano con la crescita dei suoi figli?		**Per quanti giorni alla settimana?**		**In quale dei seguenti momenti della giornata, prevalentemente?**	
%		**%**		**%**	
Sì	56,7	1-2 giorni	62,1	pasti	15,9
		3-4 giorni	16,4	sport/tempo libero	25
		5-6 giorni	15,8	compiti	6,3
No	43,3	Tutti	5,6	trasporto/spostamenti	52,8
Totale	100,00	Totale	100,0	Totale	100,0

Un altro elemento che si prende in considerazione, nell'alimentazione familiare, è l'aiuto che i genitori richiedono ai nonni o ad altri familiari (tab. 2). In particolare, il 56,7% dei genitori riminesi si avvale di tale supporto per circa 1-2 giorni la settimana specialmente per trasporto e spostamenti. Ai fini dell'educazione alimentare, inoltre, interessante richiamare quel 15,9% che delega la somministrazione del pasto a nonni o altri familiari. Partendo dal presupposto che il cibo è una calamita di simboli e ricordi, spesso, in contraddizione con il benessere (De Matteis, 2020) e che la letteratura ci mostri come nonni, congiunti, dentro e intorno alle famiglie, abbiano un'influenza primaria sulle pratiche di nutrizione materna e infantile, si è ritenuto utile chiedere ai genitori se avessero mai considerato necessario intervenire con queste "terze persone" in relazione all'educazione al cibo somministrato (tab. 3). Per quanto il 54,8% si esprima in senso negativo, vi è comunque un 45,2% che asserisce di essersi dovuto confrontare su tale questione. Anche in questo caso, si sono ricodificate le motivazioni fornite tra "somministrazione eccessiva di cibo, bevande zuccherate e junk food" e "atteggiamenti storico-culturali" ossia pratiche che rimandano alla memoria – diretta o indiretta – dei "terzi" individui coinvolti.

Tab. 3 – Rimprovero nonni o altri familiari in relazione al cibo e motivazione

Le è mai capitato di dover rimproverare uno dei nonni o altri famigliari per aver dato troppo cibo a sua/o figlia/o?		**Può motivare la sua risposta?**	
	%		**%**
Sì	45,2	Somministrazione eccessiva di cibo/bevande zuccherate/junk food	71
No	54,8	Atteggiamenti storico-culturali	29
Totale	100,0	Totale	100,0

Se le motivazioni “troppa pasta e pane” “merende un po’ troppo sostanziose a base di nutella”, “troppi dolci e fuori pasto” coinvolgono la gran parte (71%), evidenziando una trasmissione di pratiche educative scorrette che sembra essere già radicata in quegli adulti che le propongono, il 29% che sostiene “devono crescere che vuoi che sia”; “concedono tutto”; “mangia troppo poco” o “hanno paura che non mangi a sufficienza” si rifà ad una memoria – vissuta o mitologizzata – che assegna, in netta antitesi, scarsità a povertà, magrezza a cagionevolezza e abbondanza a bambino “in salute” (De Matteis, 2020). Tale pratica viene approfondita da una pediatra di libera scelta intervistata (dicembre 2020):

> se il bambino viene affidato a qualcuno che non ha attenzione all’alimentazione carica ancora di più il problema. Questo succede spesso. E, ad esempio, il nonno o la nonna fanno proprio fatica a comprendere. “Grasso è bello. Mangiare è bello. Tu devi mangiare”. Però adesso abbiamo delle nonne e dei nonni che sono una generazione diversa da quella delle guerre e quindi dobbiamo puntare ad una educazione anche di queste figure. Nella mia quotidianità, vedo tantissimi 60-70enni camminano, vanno su e giù al parco. C’è un’evoluzione ma ci dobbiamo lavorare. Io mi raccomando sempre tantissimo: quando andate dai nonni non fate l’abbuffata sennò è un disastro.

Se entrambi i motivi avvicinano al rischio di eccesso di peso, da un’analisi più complessa si evince che tra i bambini sovrappeso e obesi riminesi la somministrazione scorretta di alimenti e bevande insalubri incide di più (75%) rispetto agli atteggiamenti storico-culturali (25%).

2. Il ritmo dei pasti nella vita quotidiana

Quando programmiamo di partire, vicino o lontano, una delle prime informazioni che controlliamo è l’orario dei pasti che caratterizzano il ritmo della vita a cui è sintonizzato il luogo che stiamo per visitare. Un ritmo che, nella quotidianità, accettiamo come naturale ma che realizziamo non esserlo quando, appunto, entriamo in contatto con pratiche diverse. Le abitudini alimentari sono scandite da tempi, costruiti culturalmente, che viaggiano e differenziano paesi, il nord dal sud, le classi sociali, le epoche, le tradizioni sedimentate nei popoli. Che si tratti di colazione, spuntino, pranzo, merenda o cena, non è detto che i nostri riferimenti culturali siano universali e condivisi da tutti. Nell’Italia contemporanea, in Toscana, ad esempio il *desinare* (pranzo) è fissato tra le 12 e le 12.30 mentre al *tòcco* (le 13) il pasto è quasi terminato e la sera alle 19 in punto si cena. Tuttavia, spostandoci verso le regioni italiane del sud, il pranzo non inizia prima delle 14 e la cena si consuma tra le 21 e le 21.30. Varcando i confini, poi, dobbiamo ricordare che nel Regno Unito avremo difficoltà a trovare una colazione all’italiana e che le *English* o *Irish breakfast* possono sostituire il pranzo ma anche che alle 18 si cena; al contrario, in Spagna, la colazione si spalma, indifferentemente, tra le 7 e le 12 di mattina, tra le 12 e le 14 è tipico mangiare qualche tapa, con amici o colleghi, per poi andare a pranzo tra le 13 e le 16, e di conseguenza cenare tra le 20 e le 22:30. Certamente, in tutto questo, anche l’età influenza tempi e contenuti dei pasti.

Attraverso la cucina, è possibile, anzitutto, comprendere la cultura e la società in cui queste pratiche vengono agite ma anche il modo in cui sono arrivate a sedimentarsi nei nostri *habitus*. Tra le classi agiate del Settecento, ad esempio, il *déjeuner* indicava la colazione che si prevedeva appena svegli al mattino, a cui seguiva, poi, un *dîner*, pranzo molto abbondante fra mezzogiorno e le due ed infine, in serata, un *souper* (cena leggera). Nel XVIII secolo e nel corso del XIX secolo, il *dîner*, nella società agiata, slitta molto avanti nella giornata: «the dinner-bell rang at five

o'clock» (Barbero, 2017, p. 173) attribuendo al mangiar tardi uno status di ricchezza. L'uso mondano ma anche l'esigenza lavorativa del periodo capitalista, tra Ottocento e inizio Novecento, arrivano a ritardare il pasto principale sino alle 18.30/19. Di conseguenza, scompare il *souper* e compare il *déjeuner à la forchette*, una colazione abbondante non più consumata al risveglio ma a metà mattinata. Prima di allora, tale pratica, era attitudine dei vigorosi mangiatori americani e, in particolare, dei *planters* della Virginia, proprietari terrieri di piantagioni che si alzavano alle 8, bevevano brandy o whisky con zucchero ghiaccio e menta (*julep*) e poi, alle 10, consumavano la colazione "alla forchetta" composta da carne fredda, prosciutto, pane tostato e sidro. Lo stesso Pellegrino Artusi, autore del libro di ricette italiano più popolare di sempre, nel 1891, delineava un quadro in cui dopo il caffè del mattino si passava alla colazione solida delle 11 o del mezzogiorno per poi consigliare di aspettare circa 7 ore di digestione e consumare il pranzo alle 7. In questo scivolare in avanti del tempo del consumo, i puristi francesi, tentano di salvaguardare lo spuntino di metà mattina (*collation*) ma anche la merenda (*goûter*) per arrivare meglio al pasto serale. Il *souper*, invece, sarà considerato alimento per plebei, se consumato di giorno, mentre nell'ambiente mondano diverrà un pasto, eccezionalmente, notturno servito dopo i balli di corte da mezzanotte alle tre (Barbero, 2017).

La progressiva costruzione sociologica del pasto è frutto non solo della scansione dei ritmi orari ma anche di riti, spazi e linguaggi (Simmel, 2006; Douglas, 1984). Le abitudini culinarie, in quanto ingranaggio di un sistema, poi, sono attecchite nei contesti in base non solo alle consuetudini, ai momenti di convivio, alla quantità di cibo consumato ma anche al progresso della scienza nel campo della dietetica che ha spostato l'organizzazione alimentare anche su un piano biomedico. È solo dopo il boom economico degli anni Sessanta che, nei paesi che seguono una dieta mediterranea, ciò ha delineato uno schema che distribuisce il tempo dei pasti su cinque momenti della giornata: colazione (*petit-déjeuner*), spuntino o merenda di metà mattinata (*collation*), pranzo (*déjeuner*), merenda del pomeriggio (*goûter*) e cena (*dîner*) distribuendo in modo equilibrato la quantità di alimenti da assumere (Barbero, 2017; Mortara, Sinisi, 2016). I significati attribuiti al pasto regolamentato, nel contesto familiare, inoltre, sono il modo in cui i bambini interiorizzano norme, valori, rispetto dell'altro, tempi di condivisione, definizione di ruoli (Poulain, 2008).

Cosa preparano le famiglie all'interno delle mura domestiche, quali valori, linguaggi e interpretazioni attribuiscono al cibo in base ai momenti della giornata in cui viene consumato?

3. "Effetto colazione": il primo pasto della giornata

La colazione, dal latino tardo *disjejunere* o *disjunare* (non digiunare), rappresenta, etimologicamente, l'immagine dell'interruzione notturna del digiuno. Tuttavia, i significati assunti, nel corso del tempo, sono i più diversi. Attualmente, in Italia, la colazione è considerata uno dei pasti più importanti della giornata. Tuttavia, non molti sanno che, per come la intendiamo oggi, essa si è affermata solo nell'immediato primo dopoguerra sulla scia dell'omologazione delle abitudini dal fronte[4]. Inizialmente, infatti, la colazione non veniva consumata al risveglio ma dopo alcune ore di lavoro sia perché i moralisti, vedevano l'interruzione del digiuno notturno troppo presto come un peccato di gola (con eccezionale tolleranza per bambini, donne, anziani ed ammalati) sia per coprire meglio i tempi del mangiare in quanto

[4] Ai soldati distribuivano latte, caffè, gallette e cioccolato come in Aidepi-Doxa op.cit.

quello era l'unico pasto prima di quello principale alla sera (Barbero, 2017; Aidepi-Doxa, 2015).

L'*effetto colazione* contemporaneo, inteso come beneficio nell'assunzione di nutrienti che forniscono equilibrio psico-fisico all'inizio della giornata, si afferma grazie al sedimentarsi di idee e credenze che corrono lungo i secoli. Da quelle per cui rinunciare a tale pasto riempiva lo stomaco di "cattivi umori" (SINU-SISA, 2018), all'arrivo in Europa del tè, del caffè e del cacao, fino all'invenzione, da parte dei fratelli Kellogg, dei cereali da prima colazione da mangiare col latte. Negli anni Sessanta, poi, complici il boom economico e la diffusione dei prodotti da forno (anche industriali) ma anche i principi della dietetica e la risonanza mediatica, si radica un immaginario in cui le famiglie, al risveglio e prima di andare a scuola e al lavoro, devono nutrirsi di una colazione prevalentemente dolce (Mortara, Sinisi, 2016; Adolphus *et al.*, 2013). Dall'importanza attribuita sul piano nutrizionale, nelle raccomandazioni alimentari, di molti Paesi ne emerge una pratica da non trascurare che, in Italia, viene condivisa dall'81,8% della popolazione dai 3 anni in su (Istat, 2021).

Specie per bambini e adolescenti, l'abitudine ad una prima colazione, nutrizionalmente completa, infatti, fornisce un adeguato equilibrio energetico consentendo di avere meno sbalzi glicemici ed evitando la ricerca e/o il consumo compulsivo di cibo durante la giornata. L'adeguata introiezione di fabbisogno calorico è, poi, strettamente correlata ad una migliore memoria e concentrazione e, di conseguenza, ad un proficuo rendimento scolastico (Longo, 2020; Adolphus *et al.*, 2013). Non ultimo, consumare quotidianamente la colazione influisce positivamente sulla stabilizzazione del peso corporeo e sulle scelte alimentari nei pasti successivi della giornata agevolando il mantenimento e la potenziale prevenzione di sovrappeso e obesità in età pediatrica (COSI, 2021). L'*effetto colazione*, come si evince, offre benefici sullo stato di salute in una prospettiva di corso di vita. Al contrario, saltare tale pasto produce il concatenarsi di pratiche deleterie – dalle abbuffate negli altri pasti all'assunzione di cibi iper-calorici fuori pasto – che possono far sviluppare al bambino un difficile rapporto con il cibo. Sovrappeso e obesità, fino ai disturbi da alimentazione incontrollata (*binge eating*), quali errate abitudini alimentari che si trascinano nel corso del tempo, non sono solo mere condizioni (psico)fisiche ma possono amplificare i rischi per la salute sfociando precocemente in malattie come quelle cardiovascolari, da insulino-resistenza, tumori (Monzani *et al.*, 2019).

Tab. 4 – Colazione al mattino: abitudini genitore rispondente e abitudini figlia/o

Lei fa colazione al mattino? Sua figlia/suo figlio fa colazione al mattino?		
	Genitori	Figli
	%	%
Sì	89,1	93,0
Raramente	7,3	5,5
No	3,6	1,5
Totale	100,0	100,0

In questo studio (tab. 4), solo l'1,5% di bambini e il 3,6% dei genitori salta completamente la colazione. Tale quadro fa emergere una positiva predisposizione circa il ruolo della colazione nell'alimentazione quotidiana. Aggregando i dati, tuttavia, si nota un 7% di bambini che non fanno una colazione considerata adeguata.

> Quando facciamo il colloquio alimentare, molti non fanno la colazione o la fanno malamente (2 biscotti e 1 bicchier d'acqua o 2 biscotti in macchina). E questo, soprattutto, per mancanza di tempo (si alzano tardi). Questa è proprio una cattiva abitudine che moltissimi hanno e dopo cosa succede? Che arrivano alle 10 e hanno una fame pazzesca e mangiano qualcosa di extra calorico oppure hanno il rimbalzo glicemico e

a mezzogiorno chiedono 120gr di pasta e non va bene (Pediatra 1, intervista - dicembre 2020).

Tra le motivazioni che emergono dal questionario, la colazione non rientra tra le consuetudini del bambino a causa di *inappetenza* e *sonno* oppure *ci svegliamo un'ora prima dell'inizio di scuola*. Atteggiamenti che, qualora persistano nel corso del tempo, andrebbero approfonditi. In primo luogo, perché, in età infantile, il rapporto con il cibo si presta a continue elaborazioni simboliche. Dalle più articolate e patologiche alla semplice, "muta", richiesta che aspetta un'interprete come quella di aver bisogno di più tempo per il risveglio prima di mangiare o di più ore di sonno. In secondo luogo, evitare che la fretta e la frammentarietà della vita adulta, contemporanea, invadano anche l'incontro in cucina al mattino con i più piccoli, spesso l'unico, nell'attesa di quello della sera. Gli adulti, infatti, hanno il potere di conferire al bambino la "magia capricciosa" dei loro sguardi e la frenesia può instaurare una dialettica in cui assorbe stati emotivi familiari creando, a lungo andare, un cortocircuito col cibo (Pace, 2021).

Il 93% dei bambini osservati usa fare colazione. Ma quanti ne consumano una adeguata? All'interno del questionario, è stato richiesto ai genitori di specificare i principali alimenti e bevande consumate a colazione e su tale base si è proceduto a ricodificare le specifiche in consumo adeguato e non adeguato. Tuttavia, per farlo, è stato necessario inquadrare cosa si intenda, anzitutto, per colazione adeguata. In linea con quanto indicato dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (CREA, 2018), è stata considerata adeguata la prima colazione che fornisce un apporto calorico ed energetico di alimenti in rapporto all'età evitando prodotti industriali con grassi idrogenati e zuccheri aggiunti (UniSalute, 2018). Nello specifico, si fa riferimento sia a carboidrati che proteine, come latte o yogurt insieme a cereali oppure pane o fette biscottate oppure biscotti oppure prodotti da forno non industriali, alternando integrali e non integrali. Per i bambini è consigliata una colazione a base di latte vaccino (200ml) 1 volta al giorno oppure 1 vasetto di yogurt (125 gr) fino a 5 volte in una settimana insieme a frutta secca (20 gr) oppure 4 biscotti o 4 fette biscottate o 40 gr di cereali 1 volta al giorno, occasionalmente e fino a 3 volte in totale durante la settimana si possono concedere 50 gr di dolci da forno come crostata, ciambellone ecc., oppure 25 g cioccolato, miele, marmellata. Il consumo quotidiano di quantità elevate di brioche e merendine, infatti, tende ad alzare l'indice glicemico, pertanto, viene raccomandato – per un idoneo contributo di fibre – di sostituirli con cereali e carboidrati a basso indice glicemico. Oltre ad un apporto nutritivo ottimale, i benefici ai fini dell'assunzione di corrette abitudini alimentari, si moltiplicano se il pasto principale viene condiviso con la famiglia. Per quanto riguarda bevande nervine e tisane non confezionate e analcoliche (succhi di frutta, tè freddo) viene raccomandato un consumo occasionale e limitato. Tali alimenti, infatti, forniscono un'alta densità energetica, un basso contenuto di nutrienti oppure un alto contenuto di grassi e/o zuccheri e/o teina e altre sostanze che non sono indispensabili per le esigenze di macro e micronutrienti e che possono compromettere gli equilibri della dieta e della stessa salute (CREA, 2018). Inoltre, c'è da sottolineare come, nei succhi così come nelle centrifughe, negli estratti e nelle più ampie varianti, il frutto perda molti dei valori nutrizionali e delle fibre che consentono, tra gli altri, di ottenere anche maggiore sazietà, e rilascino molti "zuccheri liberi[5]" persino nei succhi di frutta 100%. Tuttavia, gli zuccheri non sono gli unici potenziali pericoli sulla strada verso sovrappeso e obesità, ad essi si aggiungono le quantità di sale mimetizzate in prodotti da forno come i biscotti, le merendine e i cereali, comunemente,

[5] Per "zuccheri liberi" si intende saccarosio, fruttosio, sciroppi, miele, marmellate (CREA op. cit.).

assunti a colazione, alimenti che, insospettabilmente, contribuiscono a far superare la quota di sodio, giornalmente, consentita.

All'interno della fase quantitativa di questo studio, le abitudini alimentari adottate a colazione dai bambini, prima e dopo i *lockdown*, sono in linea con quelle dei genitori. Più specificatamente, si predilige una colazione "dolce" composta da latte (per i bambini) e caffè (per gli adulti) accompagnati da biscotti, fette biscottate o altri prodotti da forno. Il luogo del consumo è un altro elemento importante. La stragrande maggioranza di genitori (90,6% PRE-lockdown; 92,7% POST-lockdown) e bambini (96,1% PRE-lockdown; 97,3% POST-lockdown) restano a casa propria radicando tale pratica con la famiglia. Solo il 3,9% dei bambini, diminuiti al 2,7% post-lockdown, e il 9,5% dei genitori, diminuiti post-lockdown al 7,4%, esce dalle mura domestiche. In particolare, a casa non propria (genitori: 1,2% pre-lockdown e 0.9% post-lockdown; bambini 2,4% pre-lockdown e 1,8% post-lockdown) o "al sacco" durante il tragitto casa-scuola (0.6% pre e post lockdown) e casa-lavoro (1,8% pre-lockdown e 2,1% post-lockdown). Tuttavia, le restrizioni dovute alla pandemia hanno comportato uno specifico calo nelle abitudini di consumo al bar: prima del lockdown solo 22 adulti e 3 bambini, dopo il lockdown 15 adulti e 1 bambino. Un atteggiamento, fortemente, positivo se pensiamo che il bar offre soluzioni ricche di grassi e di zuccheri che superano con grande facilità l'apporto di calorie consigliate per la colazione con un livello di sazietà che non perdura nel corso della mattina.

Date tali premesse, dal questionario emerge che i bambini riminesi fanno una colazione per il 64,5% adeguata. Però, è necessario tenere presente che i criteri di adeguatezza si sottopongono facilmente a *bias* di misurazione che, spesso, non riflettono fedelmente la pratica proposta (Lombi, 2015) e che le ricodifiche – sulla base delle linee guida sulla nutrizione – si attengono, strettamente, alla richiesta di specificare i cibi e le bevande assunti con maggiore frequenza.

4. La merenda di metà mattina in età scolare

La mattinata scolastica della scuola primaria, verso le 10.30, prevede che i bambini accedano a venti minuti di "ricreazione" durante i quali consumano quella che un tempo veniva detta *collation matinale* (merenda di metà mattinata). L'abitudine di inserire nella giornata scolastica un piccolo "spuntino" cerca di aiutare, specie a questa età, a reintegrare calorie e principi nutritivi riducendo il carico digestivo e ottenendo una migliore efficienza nel controllo della glicemia. Insieme con una prima colazione adeguata, infatti, la merenda di metà mattina, consente di preservare l'attenzione durante il lavoro scolastico ma anche di arrivare meno affamati all'ora di pranzo (CREA, 2018; Mathiot, 2015). Tuttavia, è necessario sottolineare come questa pratica sia investita di una grande autonomia sia nella preparazione da parte delle famiglie che di consumo da parte dei bambini. I Dirigenti e le insegnanti delle scuole provano a delineare delle regole. Essi sottolineano ai genitori che la merenda *va fatta senza utilizzare mortadelle, salami, tutto l'affettato romagnolo*[6], evitando la cioccolata o la nutella o usando degli *escamotage* come per le patatine perché *si ungono tutti i quaderni*. Tuttavia tali tentativi, spesso, non sono efficaci.

All'interno di questo "microcosmo" si osservano i bambini mettere in atto le regole che hanno incorporato senza che gli adulti presenti (le insegnanti o i collaboratori scolastici) possano intervenire (Mathiot, 2015). In questo tempo ricreativo scolastico, i bambini consumano la merenda in modi differenti: seduti al banco, sul muretto, per terra, fermi, in movimento soli o in gruppo. Creano relazioni interpersonali,

[6] In corsivo *clear verbatim* le parole di Insegnante 1, 2 focus group - giugno 2020.

instaurano discussioni, aggiornano amicizie e si influenzano nella trasmissione di (buone o cattive) pratiche alimentari (Mathiot, 2015). E *quando il genitore da qualcosa che non piace se la scambiano la merenda!*[7].

Tuttavia "la merenda non è un pranzo" e uno spuntino troppo ricco non solo può incidere sul fattore ponderale e determinare un impegno digestivo più elevato ma influenzare anche la capacità cognitiva, in termini di attenzione e apprendimento, nelle restanti ore scolastiche nonché ridurre l'appetito alterando il ritmo alimentare quotidiano. Tuttavia, la merenda va adattata allo stile di vita del bambino riflettendo anche sulla tipologia di giornate affrontate: molto attive oppure pressoché sedentarie (CREA, 2018).

L'educazione alimentare dei bambini riguarda non solo i pasti formali condivisi ma anche quelli considerati informali come la merenda di metà mattina che costituisce un consumo, particolarmente, favorevole alla loro espressione culturale (Mathiot, 2015). Lo spuntino, non obbligatorio, dopo circa 3-4 ore senza mangiare, è efficace per ridare al bambino la giusta energia al corpo ma senza far "scoppiare l'insulina" o "rimanere sullo stomaco per ore" (Soreda, 2020). Le linee guida (CREA, 2018) raccomandano che venga consumata una merenda contenente circa 100 calorie che dovrebbero, per esempio, corrispondere ad uno yogurt (125g) oppure a un frutto medio (100g) oppure a un succo di frutta senza zuccheri aggiunti oppure pane (50g) e marmellata (20g) oppure pane (50g) e pomodoro (5g), frutta secca a guscio non salata e non zuccherata (30g). Saltuariamente, si possono includere anche alimenti come 1 fettina di ciambellone o una merendina tipo pan di spagna non farcita (50g) oppure pizza bianca o al pomodoro (50g) purché attenta alle quantità (CREA, 2018).

Nello studio presentato (tab. 5), la merenda di metà mattina non differisce molto tra dolce (51,8%) o salata (47,9%) ed è accompagnata da un consumo di *soft drinks* relativamente elevato. Se il 69,3% dei bambini beve, giustamente, acqua, il 28,9% si divide tra succhi di frutta, tè confezionato e altro (spesso un bis di bevande composto da acqua e succo; acqua e tè).

Tab. 5 – Alimenti e Bevande consumate da figlia/o per merenda a scuola

Tipologia di cibo/bevanda, più frequente, consumato da bambina/o per merenda di metà mattina a scuola			
	CIBO		**BEVANDA**
	%		**%**
Dolce	51,8	Acqua	69,3
Salato	47,9	Succo	17,9
Nulla	0,3	Tè confezionato	0,9
		Altro	10,1
		Nulla	1,8
Totale	100,0	Totale	100,0

A proposito di idratazione, il tema viene affrontato all'interno di un focus group genitori-insegnanti (febbraio 2021):

> vi sembrerà assurdo ma col Covid noi dobbiamo segnare l'ora in cui i bambini vanno in bagno perché quando ci sono le indagini epidemiologiche bisogna fare dei controlli incrociati. Ahimè, mi sono resa conto, perchè sta su carta, che vanno poco in bagno e questo è segno che bevono poco ma bevono poco già da casa.

[7] In *clear verbatim* le parole di un'insegnante durante un focus group di giugno 2020.

Considerando le bevande in rapporto alle Linee Guida (CREA, 2018), si evince, immediatamente, che "adeguato" sia portare a scuola solo acqua tuttavia c'è del lavoro da svolgere per assicurarsi che quest'acqua venga, effettivamente, bevuta dai bambini. Anche per la merenda di metà mattinata, si è proceduto con l'osservazione dell'adeguatezza calcolata ricodificando le specifiche di elevata frequenza nel consumo espresse dai genitori nel questionario. Anche in questo caso, si deve tenere presente che si vuole fornire un'idea sommaria delle inclinazioni sulle merende, tenendo sempre presente che i criteri di adeguatezza si sottopongono a *bias* di misurazione che, spesso, non riflettono, fedelmente, la pratica proposta (Lombi, 2015). Il metro della non adeguatezza è stato misurato considerando l'assunzione di cibi ultraprocessati, "pronti all'uso" e con più di 100 calorie quali merendine, biscotti, crackers salati, spianate, pizzette. Alimenti, quindi, che stuzzicano i genitori per la praticità e attirano i bambini per il gusto *palatable*, molto dolcificato oppure estremamente saporito, tipo "umami".

> La frutta non viene quasi mai data a scuola. Non viene proprio contemplata dai genitori come merenda. Sempre e solo panino o addirittura peggio che peggio la merendina (Genitore 1, focus group - giugno 2020).

Rispetto al cibo consumato emerge che un quarto dei bambini non porta una merenda adeguata ai regimi alimentari suggeriti dalle istituzioni internazionali che fanno ricerca sul tema con effetti deleteri sui pasti successivi. L'appetibilità è il fattore che, più frequentemente, guida le scelte. Tuttavia, questi cibi, generalmente, sono composti da ingredienti poco salutari come amidi, sale, additivi che li rendono altamente energetici ma, contemporaneamente, poveri di fibre e micronutrienti.

> Le merende non sono adeguate, spesso hanno patatine o cracker inondati di nutella. Per scelta educativa faccio un passo indietro perché non sono miei figli quindi mi limito a dire "mi raccomando non date merende che possono indurre troppa sete e che rovinano il pasto". Se i piccoli fanno una merenda così calorica, così ricca di zuccheri, un po' rovina l'esperienza del pasto. Quelli che hanno le merende più inclini al discorso calorie, infatti, tendono anche meno ad assaggiare, materialmente hanno proprio un approccio diverso col cibo (Insegnante 2, focus group - giugno 2020).

I motivi di questo atteggiamento, oltre al senso pratico e alla scarsa educazione alimentare, sembrerebbero legati anche all'idea di cibo-amore (Pace, 2021). Nel processo di dis-unione che sigla l'ingresso a scuola, il genitore può incappare in ansie e paure nel delegare a un "terzo" le cure educative del proprio figlio. Così *dargli la merenda che gli piace di più anche se nutella o patatine è un gesto d'amore cioè ti do quello che vuoi*[8]. Un'altra causa che emerge, è culturale. I bambini stranieri all'interno dello studio, prevalentemente dell'est europa (Jugoslavia, Balcani e limitrofe), hanno tradizioni culinarie che si discostano da pasti considerati equilibrati:

> fanno merenda con un packet lunch composto da yogurt, mela, barretta di cioccolata e panino con l'affettato. Per anni abbiamo cercato di smantellare quest'abitudine ma non è possibile (Insegnante 4, intervista - giugno 2020).

Da non dimenticare, inoltre, l'impossibilità economica nel fare una spesa di "qualità". Rispettare le rigide prescrizioni alimentari delle istituzioni sanitarie non è sempre facile. Ci sono, come si evince, condizioni di vita che rendono faticose certe presunte "scelte adeguate".

[8] In corsivo *clear verbatim* Insegnante 3, focus group - giugno 2020.

4.1. Frutta e latte nella merenda di metà mattina a Rimini in età scolare

Le calorie in eccesso sono da imputare anche a ciò che viene ingerito al di fuori dei pasti principali. I francesi parlano di *grignotage*, piccoli e/o frequenti pasti, durante la giornata che si inseriscono tra le diverse classi di comportamento alimentare. In questo gioco del "mordicchiare", i bambini possono apprendere il controllo, la restrizione o, al contrario, spingersi oltre i limiti (Soreda, 2020; Diasio, 2008). Partendo dalle Linee Guida europee (CREA, 2018) e sulla scia del programma americano *Five-a-Day,* i bambini dovrebbero consumare almeno 400 gr di frutta e verdura al giorno, principalmente, nella sua forma originaria e latte o yogurt tutti i giorni, mentre per i formaggi non dovrebbero superare le 2-3 volte a settimana. Analizzare i comportamenti dei bambini nei confronti di determinati *cibi sentinella,* pertanto, è utile per misurare il grado di propensione verso certi stili alimentari. E, dato che non sempre la famiglia riesce a offrire e monitorare attentamente gli spuntini dei figli, in un'alleanza con la scuola, a Rimini, si sta cercando di agire sulla merenda di metà mattinata. Mediante i programmi promossi dall'Unione Europea *Frutta e verdura nelle scuole* e *Latte nelle scuole,* in alcuni periodi dell'anno, si distribuisce gratuitamente, a metà mattina, frutta, verdura, latte fresco, yogurt, o formaggi ai bambini. Tale intento, seppur ambizioso, all'atto pratico non è privo di qualche limite sia strutturale:

> Da noi ha sempre funzionato, purtroppo, non viene portata nei tempi richiesti dal tempo scolastico in quanto in realtà tu accedi al progetto già da settembre e poi la frutta arriva da gennaio. Quindi abbiamo da gennaio un grande smistamento di frutta e da lì proibiamo di portare la merenda (c'è sempre qualcuno che ha la barretta di cioccolato) però la frutta la mangiano. Io ad esempio gliela sbuccio, per loro già il fatto che gli sbucci la mela vuol dire condividere un momento insieme (Insegnante 1, intervista - giugno 2020).

> Sono progetti limitati all'ultima parte dell'anno poi frutta nelle scuole è un po' più lungo, copre un po' più di mesi, latte nelle scuole è molto breve, però abbiamo un po' sfatato che mangiano anche lo yogurt che a casa non mangiano. Non possiamo sostituire la merenda perché purtroppo non riescono a rispettare le date. Quindi non possiamo dire ai bambini di non portare la merenda (Insegnante 2, focus group - giugno 2020).

Che di aderenza e coesione da parte dei genitori:

> in generale quando aderiamo ad un progetto gli diciamo che stiamo partecipando, se possono darci una mano, se magari in quelle giornate o in quel periodo la merenda la fate un po' più ridotta perché gli diamo lo yogurt. Alcuni sono coesi, altri ti dicono "vabbè io la merenda gliela do lo stesso poi sceglierà il bimbo/la bimba" (Insegnante 3, focus group - giugno 2020).

Nonostante alcune criticità, questi progetti risultano validi e se ne rilevano aspetti positivi. Tanto da aver portato gli stessi genitori e insegnanti ad essere concordi sul proporre l'introduzione di un "diario" per la merenda di metà mattinata uguale per tutti. Un'idea che trova concordi anche le dietiste dell'Asl e che potrebbe dare spazio ad un nuovo momento di educazione alimentare ma anche sostenere le famiglie uniformando la somministrazione dello spuntino senza distinzione, a tutti i bambini.

5. Gli altri pasti a casa

Molti studi sostengono l'esistenza di una relazione tra frequenza al consumo dei pasti a casa e corretta trasmissione dell'educazione alimentare. Una relazione che ha il suo focus all'interno delle *food parenting practices*, azioni e/o comportamenti posti in essere dagli adulti che, intenzionalmente o casualmente, socializzano, all'interno delle mura domestiche, il bambino al pasto (Fanci, 2018; Melbye *et al.*, 2013). Le pratiche e le strategie parentali vengono, poi, incorporate dal bambino, lo supportano e viaggiano con lui quando, in parallelo al processo di autonomizzazione, si relazionerà con le varie istituzioni e culture extra-familiari (Fanci, 2018).

Inoltre, stiamo assistendo – sulla scia del modello americano – ad una rivoluzione nel concetto dei pasti a casa: sale da pranzo, sempre più, inglobate dal soggiorno, riduzione del tempo quotidiano trascorso sia ai fornelli che a tavola. Non solo a pranzo ma anche a cena si è raramente insieme e spesso, ognuno mangia una cosa diversa davanti ad uno schermo. Se nella realtà, la destrutturazione dei pasti sembra andare di pari passo con quella delle famiglie, sui *social network*, *l'eatertainment* (intrattenimento a tema cibo) sembra voler ricomporre il dialogo della convivialità. A tal proposito si è diffuso, dalla Corea del Sud, il fenomeno del *social eating* in cui mediante l'occhio della *webcam* ci si lascia osservare davanti a decine di migliaia di utenti che non vogliono mangiare soli o sono a dieta e vogliono gustarsi la sensazione di farsi una mangiata in compagnia[9]. Si tratta di un nuovo modo di consumare il cibo che passa attraverso il gusto della vista apprezzato tramite numero di like/cuori o condivisioni.

Il primo aspetto che si è indagato in questo studio è la frequenza di consumo a casa di alcuni alimenti per mettere in luce eventuali correlazioni tra i cibi proposti nei menu della refezione scolastica e il grado di influenza sulla scelta nell'alimentazione familiare. In accordo con le Linee Guida del Ministero della Salute (CREA, 2018), una dieta, qualitativamente e nutrizionalmente, equilibrata presuppone un bilancio fra grassi, proteine, glucidi distribuiti nell'arco della giornata. Inoltre, per conservare un benessere prolungato, essa dovrebbe essere ricca di nutrienti, completa e varia senza escludere nessun alimento né saltare alcun pasto. In ottica contemporanea, un'alimentazione salubre e sicura, inoltre, si orienta alla protezione dalle malattie cronico-degenerative, alla promozione di salute e longevità e alla sostenibilità sociale ed ambientale.

La tabella 6 mette in evidenza quanto emerge dai dati del questionario in riferimento al consumo settimanale del gruppo "fonti proteiche": carne rossa e bianca, pesce e legumi. Tali alimenti, infatti, nella piramide alimentare (ALLEGATO D) vengono, generalmente, visti come un unico insieme poiché all'interno vi sono nutrienti simili da poter consumare in circa 2 porzioni al giorno. Tuttavia, in accordo con le raccomandazioni internazionali per la prevenzione delle malattie croniche (e cronico-degenerative) e in base al diverso impatto sulla salute del loro consumo, ci sono delle distinzioni da fare. All'interno del gruppo "fonti proteiche", sono da preferire le carni "bianche" e magre (pollo, tacchino, coniglio) rispetto alle "rosse" e grasse di cui si raccomanda un consumo totale di circa 80 gr. per un massimo di 3 volte alla settimana. Le carni rosse, specie quelle che contengono proteine nobili sono ad elevato assorbimento e sono utili alla formazione e al mantenimento della massa muscolare. Esse, inoltre, sono coinvolte in processi di regolazione del metabolismo energetico. In generale, infatti, le carni – specie quelle dal taglio magro – avendo un basso indice glicemico, favoriscono un alto senso di sazietà aiutando a prevenire sovrappeso e obesità (Bramante, 2016). Anche il pesce, in età evolutiva,

[9] Per ulteriori approfondimenti vedasi i video de la "Diva" Park Seo-yeon.

viene distribuito per un totale di 80 gr. su circa 3 volte la settimana, ed è raccomandabile di fare scelte orientate verso quello fresco o surgelato di piccola taglia ma ricco in acidi grassi polinsaturi omega-3 o, in alternativa, anche per la facilità di accesso e il basso costo verso quello conservato o trasformato, soprattutto, nella versione al naturale. I legumi, poi, sono, insieme ai cereali, fondamentali nell'alimentazione in quanto fonte di nutrienti ed energia. Dunque, è bene includerne 2-4 porzioni (minimo) a settimana. Dalle risposte fornite al questionario, la gran parte delle famiglie consuma sia la carne rossa (81%) che la carne bianca (76,6%) 1-2 volte a settimana. In generale, la carne bianca è consumata di più durante la settimana: il 21,2% dei bambini ne mangia fino a 5 volte, mentre solo l'8,7% consuma carne rossa per 3-5 giorni alla settimana. La differenza rimane più tra i bambini che non mangiano mai carne bianca (2,2%) rispetto alla carne rossa (10,3%). Lievemente sotto quanto raccomandato, l'85% dei bambini mangia pesce 1-2 volte a settimana, il 6,5% 3-5 volte, mentre l'8,4% non ne mangia mai mentre i legumi vengono consumati 1-2 volte a settimana dal 73,2% dei bambini, 5 volte a settimana dal 16,8% e dal 9% mai.

Tab. 6 – Abitudini di consumo in famiglia durante la settimana

	In famiglia, quante volte alla settimana mangiate carne rossa?	**In famiglia, quante volte alla settimana mangiate carne bianca?**	**In famiglia, quante volte alla settimana mangiate pesce?**	**In famiglia, quante volte alla settimana consumate legumi? (lenticchie, fagioli, piselli, ceci, fave ecc.)**	**A parte il pranzo a scuola, a casa quante volte alla settimana sua/o figlia/o mangia verdura?**	**A parte il pranzo a scuola, a casa quante volte alla settimana sua/o figlia/o mangia frutta?**
	%	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
1-2 volte	81,0	76,6	85,0	73,2	21,5	20,6
3-5 volte	8,7	21,2	6,5	16,8	28,0	26,2
Tutti i giorni	0,0	0,0	0,0	0,9	45,5	49,8
Mai	10,3	2,2	8,4	9,0	5,0	3,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

In linea con la grande attenzione che viene data a frutta e verdura a scuola, se ne osservano i riflessi sulle abitudini familiari. L'assunzione di almeno 5 porzioni al giorno per il giusto apporto di fibre, sali minerali, acqua, vitamine e per limitare la quantità di calorie introdotte, costituisce un importante fattore di protezione nei confronti di eccesso ponderale e rischi per altre malattie correlate. Frutta e verdura sono una componente imprescindibile nella dieta per la bassa densità calorica e per le azioni protettive e preventive. Senza considerare le porzioni, già assunte, durante la merenda di metà mattinata e la mensa scolastica, le risposte al questionario si focalizzano sulla specifica assunzione a casa. Nello specifico (tab. 6) poco meno della metà dei figli dei rispondenti consuma verdura tutti i giorni. Il 28% mangia verdura da 3 a 5 volte, il 21,5% solo 1-2 volte a settimana mentre il 5% non mangia mai verdura nei pasti a casa. Al contempo, una similitudine con un leggero incremento, si nota per quanto riguarda la frequenza di frutta nei pasti: il 49,8% afferma che i propri figli ne mangiano quotidianamente. Il 46,8% quantifica il consumo fino a 5 volte la settimana mentre solo il 3,4% non è solito consumare frutta.

Nel contesto attuale, i trend alimentari continuano a mutare e nei carrelli della spesa entrano le modalità di consumo, la tipologia di attenzione ai prodotti, il tempo da poter dedicare alla preparazione e, soprattutto, il budget di spesa. Ai rispondenti è stato chiesto di indicare il principale fattore di scelta nel fare la spesa (tab. 7). La qualità del cibo (72,6%) sembra essere il principale elemento che influenza le decisioni delle famiglie riminesi a cui seguono la provenienza dei prodotti (7,6%) e il

prezzo (6,1%). Un consistente 13,7% ha scelto l'opzione "altro" specificando di basare le proprie scelte su una combinazione tra i fattori proposti nel questionario: il 5,5% tra qualità e provenienza, il 4,6% tra qualità e prezzo, lo 0,9% tra prezzo e provenienza e il 2,7% fa una stima tra i tre fattori evidenziati.

Tab. 7 – Fattori di scelta nel fare la spesa

	Nel fare la spesa considera maggiormente:
	%
Qualità del cibo	72,6
Prezzo	6,1
Provenienza	7,6
Altro	13,7
Totale	100,0

> Siamo abbastanza attenti a seguire la stagionalità e anche la provenienza. Non acquisto se devo mangiare dei fagiolini che arrivano da un altro paese. Leggere etichette quando andiamo a fare la spesa per me è importante. Anche quando porto i miei bambini adesso soprattutto il primo che ha 6 anni ed inizia un po' più a interagire nell'aiuto pratico della spesa. Anche per aiutarlo nella lettura leggiamo insieme l'etichetta per fargli notare se c'è una stagionalità e soprattutto cercare di mangiare le cose che arrivano il più vicino possibile a noi (Genitore 1, focus group – febbraio 2021).

> Non faccio la spesa nelle catene di grande distribuzione mi affido al gruppo Rigas locale. C'era anche il mercatino dell'SGA che adesso purtroppo è sospeso momentaneamente. Sono dei produttori che hanno prodotti organici biologici che non usano nessun tipo di trattamento. Devo dire che prima sono entrata con il discorso della frutta e della verdura e pian piano mi sono allargata a tutti i tipi di cibo, latticini, carne e la prendiamo sempre al Rigas una azienda agricola della zona dell'Appennino di Forlì-Cesena. È un allevamento biologico dunque mucche, conigli, polli mangiano mangime biologico e sono all'aria aperta. È stata una trasformazione che ormai sono già undici anni. All'inizio c'era un po' questa cosa della qualità e del prezzo da vedere, adesso, a Rimini c'è molta alternativa se uno vuole di acquistare prodotti di altissima qualità a Km0 a un prezzo molto conveniente anzi molte volte più basso del prezzo della grande distribuzione. Perciò è una scelta consapevole. Poi c'è la parte etica di sostenere i piccoli produttori che non entrano nella grande distribuzione (Genitore 3, focus group – febbraio 2021).

> Io vado nella grande distribuzione, alla Coop, e lì compro bio quindi latte bio, burro bio tutto quello che posso. Anch'io preferisco il bio perché anche se non al 100% tanto meglio mezzi pesticidi che completamente (Genitore 4, focus group – febbraio 2021).

Tab. 8 – Consumo di prodotti biologici, integrali e senza glutine in famiglia

	In famiglia, consumate prodotti biologici?	In famiglia, consumate prodotti integrali (pasta, pane, farine)?	In famiglia, consumate prodotti senza glutine?	
	%	%	%	
Sì, tutti i giorni o quasi	32,5	37,1	Sì, c'è qualcuno in famiglia celiaco	4,7
Almeno una volta alla settimana	28,9	25,5	Sì, nessuno è celiaco in famiglia ma li utilizziamo perché li consideriamo sani	9,7
Saltuariamente	33,1	29,6	Sì, a volte per gusto personale	19,3
Mai	5,5	7,8	No	66,4
Totale	100,0	100,0	Totale	100,0

Il gradimento del biorispetto, in famiglia, anche in relazione all'influenza che offre il programma scolastico previsto all'interno delle scuole riminesi, viene indagato osservando le scelte, in termini di consumo, di prodotti biologici, integrali e senza glutine. In poche famiglie (5,5%) nelle dispense non entrano mai prodotti biologici. Il 32,5% delle famiglie, durante i pasti a casa, afferma di consumare "tutti i giorni o quasi" prodotti biologici, segue un 28,9% che lo fa "almeno una volta alla settimana" e il 33,1% "solo saltuariamente" (tab. 8). Le motivazioni sono le più diverse:

> noi per esempio siamo molto fortunati perché a casa abbiamo il nonno che ha l'orto. Le verdure ci arrivano direttamente quindi i miei bambini mangiano tutte le verdure molto volentieri (Genitore 1, focus group – febbraio 2021).

> Anche noi abbiamo per fortuna il nonno che ha il suo orto. Solo che lui fa quattro cose dunque sempre dobbiamo un po' integrare (Genitore 2, focus group – febbraio 2021).

> Io ho avuto un approccio al biologico forzato nel senso che mia figlia maggiore da piccolina aveva delle allergie a livello dermatologico con problemi respiratori. Dunque dallo svezzamento sono entrata nel mondo del biologico, dell'organico pieno e sempre ringrazio perché alla fine è stato il fattore per cui posso dire che il 99% del cibo che consumiamo ogni giorno è non trattato e non industriale (Genitore 3, focus group – febbraio 2021).

> Avendo lavorato in una azienda biologica, penso che il 100% biologico non esiste. Io sono più propensa a prodotti a chilometro zero, avere un piccolo orto, fare le conserve. Ogni tanto provo sul terrazzo a fare delle piccole cose per i bambini: la pianta di pomodoro oppure le fragoline… cose così adesso ho una pianta di mirtillo. Però mi sono resa conto che il biologico è una cosa bella se fosse al 100% e per i costi che ha sinceramente il fatto che non lo sia è un po' una delusione ecco (Genitore 4, focus group – febbraio 2021).

Per quanto riguarda i prodotti integrali, vengono inglobati all'interno delle scelte alimentari familiari in modo, più o meno, frequente: nel 37,1% "tutti i giorni o quasi", nel 25,5% "almeno una volta alla settimana", nel 29,6% "in modo saltuario" e solo nel 7,8% "mai" (tab. 8). Un risultato importante, anche guardando alle indicazioni per una sana alimentazione (CREA, 2018) che sottolineano quanto i prodotti integrali sarebbero da preferire a quelli non integrali per il maggior potere saziante e per il contributo al controllo del peso corporeo. Tuttavia, nel caso dei bambini, è raccomandato alternare prodotti integrali e non integrali, in quanto un consumo smisurato dei primi può causare un eccesso di fibra e limitare l'assorbimento di altri nutrienti fondamentali per la crescita. In ottica di corso di vita, poi, il consumo di prodotti a base di cereali integrali ha un ruolo preventivo nei confronti di alcune malattie (diabete, malattie cardiovascolari, alcune tipologie di cancro) riducendone il rischio di insorgenza.

Per ciò che concerne, infine, i prodotti senza glutine, il 66,4% delle famiglie rispondenti dichiara di non consumarli mai (tab. 8) facendo emergere, rispetto alle precedenti, una netta inversione di scelte. Ciò, probabilmente, può essere dovuto anche alla dimensione ancora strettamente medica – intolleranze, allergie alimentari o celiachia – in cui sono connotati tali alimenti e che viene, appunto, evidenziato dal 4,7% dei rispondenti al questionario. Un 29%, quota piuttosto consistente, dichiara, invece, di consumare prodotti senza glutine per motivi diversi: il 9,7% perché li considera sani e il 19,3% per gusto personale. L'attenzione verso le aggiunte di sale e di zucchero nelle pratiche alimentari familiari (tab. 9) sono altri due elementi meritevoli di attenzione.

Tab. 9 – Consumo di sale, zucchero e bevande zuccherate in famiglia

	In famiglia, fate attenzione al sale?		**In famiglia, fate attenzione allo zucchero?**	**Sua/o figlia/o quante volte alla settimana consuma bevande zuccherate (coca cola, aranciata, succhi di frutta, tè confezionato)?**	
	%		**%**	**%**	
Nessuna attenzione particolare; usiamo il sale secondo il gusto	36,4	Nessuna attenzione particolare; usiamo lo zucchero secondo il gusto	20,2	1-2 volte	44,9
Aggiungiamo poco sale a tavola e scegliamo cibi poco salati (facciamo attenzione a formaggi, salumi, pane ecc.)	47,7	Cerchiamo di aggiungere poco zucchero e scegliamo cibi poco zuccherati (facciamo attenzione a torte, brioches, caramelle, cioccolatini ecc.)	70,4	3-5 volte	21,5
Usiamo le spezie per ridurre il consumo di sale	15,9	Cerchiamo di sostituirli con dolcificanti	9,3	6 o più volte anche ai pasti	2,8
				Mai	30,8
Totale	100,0	Totale	100,0	Totale	100,0

In linea generale, sembra esserci una maggiore attenzione verso l'assunzione di zucchero (20,2%) rispetto a quella di sale, a piacimento e senza regolazione (36,4%), a dispetto degli effetti indesiderati che possono conseguire ad un utilizzo eccessivo di sale come l'ipertensione arteriosa (CREA, 2018). Quanto alle strategie adottate da quelle famiglie che cercano di controllare gli additivi consumati, si menzionano la limitazione del quantitativo utilizzato, anche riducendo l'assunzione di alcuni prodotti ad alto contenuto di sale o zucchero, oppure la sostituzione con altri ingredienti. Nel caso del sale, il 47,7% delle strategie familiari sono orientate verso la scelta di aggiungerne poco agli alimenti e di selezionare cibi che ne hanno un basso o assente contenuto, mentre il 15,9% sono volte a ridurre il consumo di sale compensando con l'utilizzo di spezie. Rispetto all'utilizzo di zucchero, il 70,4% sceglie cibi poco zuccherati o ne aggiunge poco a cibi/bevande, mentre il 9,3% cerca di sostituirlo con dolcificanti. Rispetto poi alle bevande zuccherate (tab. 9), il cui consumo ridotto al minimo è raccomandato dalle linee guida (CREA, 2018), il 30,8% delle famiglie dichiara che i propri figli non ne consumano mai, il 44,9% 1-2 volte alla settimana, il 21,5% 3-5 volte e il 2,8% 6 o più volte.

Come evidenziato anche in precedenza, la scuola può rappresentare un attore, fondamentale, nell'influenzare, almeno potenzialmente, lo stato ponderale dei bambini. Dal punto di vista alimentare può, infatti, mettere in piedi iniziative per promuovere sane abitudini e offrire occasioni di apprendimento regolare e strutturato. Inoltre, la scuola ha l'opportunità di comunicare, direttamente, con le famiglie per sensibilizzarle rispetto alla tematica dei sani stili di vita. Per quanto ci sia una progressiva e sempre maggiore attenzione al ruolo della scuola nell'ambito dell'educazione alimentare dei bambini, non è sempre chiaro come i programmi implementati si riflettano sul consumo di pasti a casa. Alcuni studi mostrano effetti incerti (Maher *et al.*, 2020; Fairbrother *et al.*, 2016), principalmente, in quanto i messaggi veicolati nell'ambiente scolastico faticano ad intersecarsi con i contesti e le pratiche alimentari familiari. Infatti, gli insegnamenti appresi a scuola si basano su un approccio, regolativo e strumentale, dove il concetto di "cibo sano" assume un ruolo centrale. Al contrario, il cibo consumato a casa o tramite la supervisione della famiglia è spesso frutto di un consumo relazionale e di un compromesso tra informazioni nutritive e piacere di mangiare, dove lo stesso concetto di benessere è inteso, in senso ampio, comprendendo non solo aspetti nutrizionali ma anche emozionali (Maher *et*

al., 2020). La selezione dei pasti a casa è, inoltre, influenzata dalle effettive opportunità di scelta della famiglia, direttamente collegate alle possibilità economiche ma anche dall'effettiva disponibilità di tempo da dedicare alla preparazione dei pasti. In riferimento a quest'ultimo aspetto, infatti, alcuni studi sottolineano come all'aumentare delle ore di lavoro della madre si registri un aumento nel consumo di cibi poco sani da parte dei figli (Datar *et al.*, 2014) o del loro IMC (Brown *et al.*, 2010). Pertanto, è interessante osservare gli effetti pratici, che da questo studio emergono, nella relazione tra programma alimentare implementato nelle scuole riminesi e abitudini alimentari domestiche delle famiglie.

Tab. 10 – Influenza del programma scolastico sul consumo di verdura e frutta in famiglia

	L'attenzione verso un consumo di VERDURA DI STAGIONE a scuola ha determinato un maggior consumo anche a casa?		**L'attenzione verso un consumo di FRUTTA DI STAGIONE a scuola ha determinato un maggior consumo anche a casa?**
	%		**%**
Sì	19,0	Sì	19,0
No	29,6	No	31,5
Abbiamo sempre consumato molta verdura	51,4	Abbiamo sempre consumato molta frutta	49,5
Totale	100,0	Totale	100,0

Il 13,7% delle famiglie dichiara di utilizzare prodotti biologici grazie al servizio mensa scolastico. Tale dato mostra, quindi, un'influenza del programma scolastico sul consumo di cibi biologici a livello familiare. L'86,3% dichiara, invece, di consumare prodotti biologici a prescindere dal servizio mensa scolastico. Per ciò che concerne l'influenza dei progetti sul consumo di frutta e verdura di stagione in famiglia (tab. 10), nel 19% dei casi, l'attenzione verso il consumo di frutta e verdura di stagione a scuola ha determinato un incremento nel consumo di questi alimenti a livello familiare. Il 51,4% dei rispondenti ha, invece, affermato di aver sempre consumato molta verdura e il 49,5% di aver sempre consumato molta frutta. Come si è già avuto modo di vedere, specie per la brevità dei progetti osservati, l'impatto sul consumo di verdura e frutta di stagione a casa si attesta rispettivamente tra il 29,6% e il 31,5%.

Tab. 11 – Stile alimentare in famiglia

	Quale delle seguenti affermazioni giudica più vicina al suo stile di vita?
	%
Visto che mia/o figlia/o consuma un pasto equilibrato a pranzo, a cena ci concediamo anche prodotti non particolarmente dietetici	11,5
Anche se mia/o figlia/o consuma un pasto equilibrato a pranzo, cerchiamo di mantenere uno stile alimentare equilibrato anche a cena	88,5
Totale	100,0

In altri casi, invece, il programma, implementato nelle scuole, sembra avere avuto un effetto inverso sui pasti a casa e giustificato il consumo di alimenti meno equilibrati (tab. 11). L'11,5% delle famiglie, infatti, ha dichiarato di concedersi anche prodotti non particolarmente dietetici a cena dato che il/la figlio/a consuma un pasto equilibrato a scuola. La maggioranza (88,5%), però, cerca di mantenere allineate e coerenti le buone abitudini alimentari in famiglia, anche a cena.

6. Davanti agli schermi: i consumi mediali sugli stili di vita

Tra consumi, peso corporeo e tecnologia la relazione è, non di rado, ambivalente. Nello specifico, ci si concentra, qui, sull'esposizione agli schermi – televisione, PC, tablet, smartphone, videogames – durante i pasti e nel tempo libero, quantificata in ore giornaliere. I dispositivi tecnologici e i media continuano ad essere una parte intrinseca della vita quotidiana intrecciandosi alle esperienze soggettive e diventando, per gli individui, delle vere e proprie protesi *radicali* (Greenfield, 2017). In questo *global media boom* (Ryan, 2010) se alcuni autori (Piwek *et al.*, 2016) ne evidenziano il lato stimolante e terapeutico, altri (Chou, Chen, 2017; Arango *et al.*, 2014) ne sottolineano le criticità relative ai comportamenti alimentari, alla sedentarietà e al conseguente aumento di peso. Risulta sempre più frequente che il convivio familiare sia accompagnato dalla presenza di ospiti riflessi negli schermi dei dispositivi elettronici (televisione o altri *devices*) introducendo una situazione che, contemporaneamente «apre e isola» (Silvestri, 2021, p. 18). Tra i diversi fattori che si correlano all'eccesso ponderale, conseguente ad abitudini alimentari poco salubri, alcuni studi evidenziano quello di guardare la TV durante i pasti.

In che modo i media influiscono sugli stili alimentari? Sedersi ad una tavola "apparecchiata" da TV e digital devices, durante i pasti, può avere un impatto sulla dieta e la salute fisica di un bambino? In letteratura è stato dimostrato che guardare la TV durante i pasti spinge il bambino a mangiare "senza pensare" ma anche a sganciarlo dal clima nutritivo-affettivo e, potenzialmente, ad aumentare in modo inconsapevole la quantità di cibo ingerita e, dunque, anche la mole di calorie assunte. Nel questionario, quindi, si è cercato di indagare in che modo il tempo trascorso davanti agli schermi – TV/tablet/smartphone – a tavola per guardare programmi per bambini e/o per adulti oppure per giocare nei giorni feriali e nei giorni festivi, possa riflettersi sugli stili alimentari. Nei giorni feriali, il 48,3% dei bambini non guarda programmi durante i pasti a cui si contrappone un 51,6% (di cui 22% solo "programmi per bambini", 18,7% "sia programmi per bambini che per adulti" e 10,9% "programmi che guardiamo anche noi adulti") che, al contrario, si intrattiene con Tv/tablet/smartphone. Più decisa, l'avversione all'utilizzo di dispositivi per giocare durante i pasti nei giorni feriali (86,3%): solo un 7,5% ammette di concederlo "a volte", un 5% "spesso" e un 1,2% "sempre". Questo quadro, si ricalca, con qualche leggero aumento, all'interno dei giorni festivi: i bambini che consumano pasti "senza schermi" sono il 47,7% mentre quelli che lo fanno sono il 52,3% (di cui 20,2% solo "programmi per bambini", 19% "sia programmi per bambini che per adulti" e 13,1% "programmi che guardiamo anche noi adulti"). Nel caso del gioco, durante i pasti nei giorni festivi, i "senza schermi" aumentano all'86,9% mentre atteggiamenti permissivi riguardano il 7,8% "a volte", il 4% "spesso" e l'1,2% "sempre".

Tab. 12 – Tavola di contingenza tra pasti festivi a casa e utilizzo del tablet e/o smartphone per il gioco da parte dei bambini

	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obeso	Totali
	%	%	%	%	%
Sì sempre	6,7	1,0	1,4	0,0	1,2
Sì spesso	0,0	3,5	5,7	3,1	4,0
Sì a volte	0,0	7,5	8,6	12,5	7,8
No mai	93,3	88,0	84,3	84,4	86,9
Totale					100

Al fine di osservare se vi fossero correlazioni interessanti tra l'IMC dei bambini e l'utilizzo di tecnologia durante i pasti, tali dati sono stati, ulteriormente, elaborati. I risultati che ne derivano, pur non statisticamente significativi, evidenziano alcune

considerazioni utili. In tab. 12, si può osservare come dal rapporto tra uso di tecnologia per il gioco durante i pasti festivi e l'IMC, l'86,9% dei bambini (quasi la totalità) non gioca. Inoltre, durante il pasto festivo, solo il 12% dei normopeso utilizza il tablet e/o lo smartphone, durante il pasto festivo, mentre il 15,7% di bambini in sovrappeso e il 15,6% di quelli obesi giocano durante i pasti. Risultati molto simili, con percentuali che variano solo di qualche punto, si ottengono in riferimento all'utilizzo della tecnologia per il gioco nei pasti feriali.

Tab. 13 – Tavola di contingenza: incrocio tra pasti feriali a casa e l'utilizzo della TV/tablet/smartphone per la visione di programmi da parte dei bambini

	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obeso	Totali
	%	%	%	%	%
Sì solo programmi per bambini	6,7	22,5	25,7	21,9	22,1
Sì sia programmi per bambini che per adulti	33,3	15,5	17,1	31,3	18,7
Sì programmi che guardano anche adulti	20	8,5	14,3	15,6	10,9
No	40,0	53,5	42,9	31,3	48,3
Totale					100

Per quanto riguarda la visione della TV, durante i pasti, nei giorni feriali, (tab. 13) è necessario, anzitutto, premettere che i programmi per bambini fanno, su di loro, maggiore presa, distraendoli di più e distogliendoli, facilmente, dal pasto che stanno consumando potendo comportare un'assunzione maggiore di cibo e di calorie rispetto al dovuto. Al contrario i programmi per adulti, dal punto di vista dei bambini, sono meno attraenti e catturano meno l'attenzione. Guardare la TV sembrerebbe una pratica molto più consolidata rispetto al gioco sul tablet, infatti, più della metà dei bambini guarda la TV durante i pasti sia feriali (51,7%) che festivi (52,3%) privilegiando, in entrambi i casi, i programmi per soli bambini (22,1% nei giorni feriali e 20,2% nei giorni festivi). Tra i bambini che non guardano la TV, poco più della metà, 53,5%, è normopeso. Le stesse percentuali, con pochi punti di variazione, possono essere riscontrate anche nei giorni festivi. Possiamo, invece, dire che il 68,8%[10] dei bambini obesi guarda la TV, con un 31,3% che indifferentemente, guarda sia programmi per adulti che per l'infanzia. Per coloro in sovrappeso, la maggior parte (25,7%), preferisce solo programmi per bambini. Queste analisi, seppur non significative a livello statistico, illustrano il quadro già delineato dalla letteratura ossia che bambini e ragazzi sono sempre più esposti agli schermi di varia tipologia (TV, altri devices) nonostante sia noto che questa pratica sia poco raccomandabile (Martines *et al.*, 2019). E se l'esposizione, la diffusione e l'uso prolungato di apparecchi elettronici e digitali fin da bambini incide, profondamente, sui modelli di apprendimento e comportamento come i pasti quotidiani, la frequenza può, inoltre, esacerbarne il benessere psico-fisico generale nella delicata fase evolutiva (Jusiené *et al.*, 2019). Guardare la TV, durante i pasti, inoltre, è considerato un comportamento non sano poiché espone a continue pubblicità che, spesso, promuovono cibi grassi, *junk* e bevande zuccherate (Avery *et al.*, 2016) rafforzando il desiderio di alimenti poco salutari. La presenza-guida dei genitori, in questo contesto, è fondamentale poiché indirizza e accompagna le abitudini alimentari dei figli, la capacità di stabilire regole e

[10] Si tratta della somma delle percentuali di bambini obesi che guardano la TV.

limiti al “consumo mediale” e sviare una potenziale e *obesogena* cattiva abitudine nell’aumento di peso dei bambini.

6.1. I determinanti commerciali di salute: medium culturali e pubblicità extra-large

L’entrata in scena della globalizzazione ha *mcdonaldizzato* la società (Ritzer, 2020), il modo di produrre, distribuire, consumare gli alimenti nonché sovrastimolato i bisogni dei consumatori. In tale ottica, il consumatore, adulto o bambino, diventa oggetto moltiplicatore di profitti e la sua salute è considerata esterna e secondaria ad ogni tipo di interesse razionale. Questo *modus operandi,* inoltre, influisce sugli stili di vita e sulle scelte del consumatore attraverso le più disparate strategie pubblicitarie e di marketing in cui è possibile che vengano propinati anche prodotti, potenzialmente, dannosi per la salute. Kickbusch *et al.* (2016) parlano, a tal proposito, di “determinanti commerciali della salute”.

Il marketing commerciale non risparmia, certamente, i bambini che sono un target appettibile nell’esposizione a pubblicità mirata. La correlazione tra scelte alimentari dei più piccoli e *nudging*[11] pubblicitario di alimenti e bevande privi di micronutrienti è stata oggetto di numerosi studi raccolti dall’Ufficio regionale del WHO ed esposti durante la Conferenza sull’azione di contrasto all’obesità, tenutasi a Istanbul, nel 2006. Così «l’esposizione dei bambini alla pubblicità televisiva di alimenti ad alta densità energetica è associata a una maggiore prevalenza di sovrappeso» (Branca, 2007, p. 22). Per ridurre l’impatto della pubblicità sul tendenziale aumento dell’obesità nei bambini, è stato stimato che un divieto totale di pubblicità televisiva di questo genere ridurrebbe del 18% il numero di bambini di età 3-11 anni in sovrappeso (Chou *et al.*, 2008). Anche gli *advertisement,* che passano via Internet, contribuiscono, fortemente, ad essere concausa di sovrappeso e obesità infantile (WHO, 2019a). Pourmoradian e colleghi (2021), effettuando ricerche su database elettronici, hanno identificato alcuni studi longitudinali che mostrano la relazione tra tempo di esposizione alla tv – compreso tra 1,5 e 3,5 ore al giorno – e influenza sensibile di contenuti fruiti (molto spesso legati al cibo). Dello stesso avviso, anche uno studio condotto da Gallus *et al.* (2021), all’interno del contesto italiano, che mostra come, mediamente, su 810 annunci pubblicitari, circa 90 (11,1%) si riferisca a prodotti alimentari. Tra questi, l’84,5 % del cibo pubblicizzato non rispetta le linee guida proposte dal WHO European Nutrient Profile Model e più del 55% va contro gli standard alimentari promossi con il Pledge Nutrition Criteria dell’Unione Europea. In Italia, gli annunci, prevalentemente quelli di snack dolci e salati, non risultano conformi agli standard nutrizionali europei e, spesso, vanno in onda proprio durante i programmi dedicati ai bambini. Non solo, ma sembrerebbe che le pubblicità rivolte ai bambini siano, paradossalmente, meno salutari rispetto a quelle rivolte agli adulti. A tal proposito, una ricognizione del WHO (2018b) osserva che circa la metà dei 53 paesi analizzati, nella Regione europea, hanno attuato misure per limitare la commercializzazione di alimenti ad alto contenuto di grassi, sale e zucchero (cibi *High Fats, Sugar and Sodium - HFSS*) per bambini. Alcuni paesi, sulla scia di Svezia e Norvegia, che già dagli anni Novanta proibiscono tutte le pubblicità televisive di qualsiasi prodotto prima, durante e dopo i programmi per bambini, si sono orientati su norme, giuridicamente vincolanti, che limitano il marketing alimentare in determinati media e in specifici momenti. Tra questi, Regno Unito, Irlanda (dove gli

[11] Trad. “spinta gentile”. Nelle scienze comportamentali, modalità, strategie, tecniche per orientare le decisioni delle persone verso determinate opzioni senza imporle. Come in: Thaler, Sunstein (2022).

HFSS sono oggetto di regole di contenuto ed è proibito utilizzare determinati personaggi a scopo di promozione), Portogallo, Turchia, Lettonia, Lituania, Slovenia mentre altri paesi come Danimarca, Spagna, Francia e la stessa Italia non hanno una specifica regolamentazione che espliciti le restrizioni ma dei codici di condotta che co-regolano o autoregolano le azioni della pubblicità in televisione. Alcuni governi, poi, hanno introdotto regole (Regno Unito, Irlanda) o autoregolamentazioni (Danimarca, Norvegia, Spagna, Portogallo) che tentano di affrontare tali sfide anche sul piano del marketing digitale (WHO, 2018b). La preponderante preferenza per l'autoregolamentazione da parte dell'industria alimentare e della pubblicità, come avviene per l'Italia, tuttavia, risulta un approccio insufficiente. Un altro fattore, su cui si pone attenzione, è l'influenza dei personaggi dei cartoni animati contemporanei sulla valutazione soggettiva del gusto da parte dei bambini. L'uso di personaggi commerciali autorizzati induce, infatti, i bambini a identificare e memorizzare meglio il prodotto. I bambini ricordano meglio le rappresentazioni non verbali e i segnali visivi rispetto alle parole, ecco perché, ultimamente, anche i cartoni animati cercano di stare molto attenti a lanciare messaggi in cui si renda visibile la dimensione alimentare sana. Peppa Pig e la sua famiglia mangiano ottime torte di frutta fatte in casa, bevono succo d'arancia appena spremuto e tutti i piccoli vanno matti per le verdure mentre i cuccioli dei Paw Patrol consumano crocchette certificate bio. Così come fioriscono i "cartoni della salute": dagli Elfoodz che sull'isola di Delìsland promuovono l'importanza dei nutrienti e dell'ecosostenibilità, ai piccoli supereroi Dammi il Cinque che rappresentano i cinque colori della salute e del numero di pasti consigliati, alle avventure nell'arcipelago Health di Capitan Kuk che combatte Golosix con il congegno "cercafrutta", a Fruttino e Verdurina sino al recente Food Wizards i maghetti del cibo sano. Tuttavia, tutto questo sforzo si vanifica, se i prodotti in commercio li usano come sponsor o se gli orari in cui vengono trasmessi sono pensati per "quando i bambini sono a tavola". Uno studio, in particolare, ha proprio analizzato le confezioni di *food & beverage* con confezioni brandizzate dai cartoons e solo 18 dei 500 prodotti considerati non contengono elevati livelli di zucchero e grassi e sono, pertanto, potenzialmente sani (Venturino, 2022; Prete, 2021; Bodkin, 2019). Se *siamo di fronte ad un sistema pubblicitario che ci propone cibo bellissimo da vedere* forse potremmo usare le stesse strategie, proponendo ai bambini un cibo sano ma visibilmente congeniale e accattivante per *contrastare il mostro pubblicitario*[12].

7. Attivi e sedentari: la salute fisica dei bambini nel XXI secolo

Attività, sedentarietà e obesità sono concetti diversi ma, strettamente, legati agli stili di vita. Nella quotidianità, effettuare una regolare attività fisica migliora la qualità della vita e lo stato "in salute" allontanando la sedentarietà e il rischio di obesità e sovrappeso. Certamente, il COVID-19, con i frequenti e persistenti lockdown, ha aumentato esponenzialmente questo rischio. A livello mondiale, circa il 96% della popolazione non fa abbastanza attività fisica (Guthold *et al.*, 2018). Un dato importante che riguarda il 59% dei cittadini europei (Eurobarometro, 2018) e il 35,62% di quelli italiani (Uisp/Svimez, 2021). Conseguentemente, anche la salute "fisica" dei bambini si sta allineando a questo orientamento a causa della riduzione – sia nel tempo libero che in quello scuola – di momenti ricreativi "attivi" anche all'aria aperta, del massiccio uso di trasporti rotabili e di *digital screens*. Tali tassi di crescita

[12] In corsivo le parole di un'insegnante durante un focus group – giugno 2020.

sono, pertanto, allarmanti e incidono sulla prevalenza di obesità e sovrappeso infantile (Whiting, Buoncristiano *et al.*, 2021). La prospettiva del mutamento sociale (Sullivan, 2010) sottolinea come, perlopiù per effetto dei mutamenti nella sfera del lavoro, dello sviluppo tecnologico, dei trasporti e di un'alimentazione *fast* ad alto contenuto calorico, la quotidianità delle persone abbia sistematizzato uno stile di vita "ipocinetico" che, riducendo o azzerando il movimento, è responsabile del proliferarsi di problemi di salute fisica già a partire dall'infanzia.

Le condizioni socio-economiche familiari (reddito e istruzione) ma anche i fattori ambientali e contestuali (morfologia, presenza di strutture, impianti sportivi, parchi, piste ciclabili) forniscono un'ulteriore spiegazione. Alcuni studi dimostrano, come la tendenza, disomogenea, ad essere inattivi sia superiore nei Paesi ad alto reddito, in Europa meridionale, nelle Isole e nel Mezzogiorno italiano, tra persone disoccupate appartenenti a gruppi etnici minoritari e con un titolo di studio basso (Uisp/Svimez, 2021; Eurobarometro, 2018). Al contrario, stili di vita attivi sono favoriti in contesti che incentivano la *walkability*[13], offrono impianti ricreativi e sportivi accessibili, anche *outdoor* (Balcetis *et al.*, 2020). Dunque, in termini di salute, famiglie "attive", istruite e appartenenti a strati sociali più abbienti, riescono meglio a cogliere i benefici della regolarità fisica. Non solo ma, a livello probabilistico, lasciano ai propri figli un *habitus* più salubre da ereditare. Infatti, è stato rilevato che avere genitori inattivi incida al 50% sulla possibilità di essere bambini inattivi (Maturo, Setiffi, 2021). Lungo il *continuum* temporale verso la vita adulta, livelli adeguati di attività fisica determinano il corretto sviluppo delle abilità cognitive, motorie e sociali di base nonché della salute muscolo-scheletrica, cardiovascolare, respiratoria e metabolica. Al contrario, livelli inadeguati favoriscono l'accumulo di peso, l'innescarsi di patologie cronico-degenerative in precoce età, gravi problemi di salute psicosociale, riduzione dell'aspettativa di vita, perdita di più giorni a scuola, rendimento scolastico più scadente, maggiore probabilità di avere un lavoro a basso reddito (Maturo, Setiffi, 2021; Guthold *et al.*, 2020; WHO, 2020). Attività, sedentarietà e obesità, quindi, interagiscono tra prevenzione e causazione nel delicato periodo tra infanzia e pre-pubertà in cui al rapido sviluppo, fisico e cognitivo, dovrebbe accompagnarsi una non trascurabile attenzione nel *life course* motorio.

7.1. Misurare sedentarietà e attività fisica a Rimini

La tab. 14 illustra il numero di ore, riferito dai genitori, che i bambini e bambine riminesi trascorrono alla televisione, sia durante la settimana che nei giorni festivi. Dal lunedì al venerdì l'87,9% dei rispondenti riferisce che i figli hanno guardato la televisione per 0-2 ore al giorno, l'11,5% per 3-4 ore al giorno e lo 0,6% per 5 o più ore al giorno. Il numero di ore riportate dai genitori durante i giorni festivi, invece, si distribuisce: nel 59,5% dei casi tra 0-2 ore al giorno, nel 38,6% tra 3-4 ore nell'1,9% tra 5 o più. Comparando le colonne, la TV guardata durante i giorni festivi sembra avere un aumento generale considerando un improvviso calo del 28,4% tra i giorni feriali e i giorni festivi all'interno della categoria 0-2 ore. Questo coincide con un aumento del 27,1% nella categoria 3-4 ore e dell'1,3% nella categoria 5 o più ore.

[13] Insieme delle caratteristiche morfologiche dell'ambiente urbano che consentono o incentivano l'andare a piedi.

Tab. 14 – Ore trascorse davanti agli schermi al giorno (feriali e festivi)

Da lunedi a venerdi, ore al giorno trascorse bambina/o alla Tv		Festivi, ore al giorno trascorse bambina/o alla Tv		Da lunedi a venerdi, ore al giorno gioco bambina/o al PC/Tablet/Smartphone/ Videogames		Festivi, ore al giorno gioco bambina/o al PC/Tablet/Smartphone/ Videogames	
ore	%	ore	%	**ore**	**%**	**ore**	**%**
0-2	87,9	0-2	59,5	0-2	90,3	0-2	73,4
3-4	11,5	3-4	38,6	3-4	9,4	3-4	23,8
5 o più	0,6	5 o più	1,9	5 o più	0,3	5 o più	2,8
Totale	100,0	Totale	100,0	Totale	100,0	Totale	100,0

I dati di frequenza cumulativa mostrano un aumento complessivo delle ore trascorse davanti agli schermi. Ciò potrebbe indicare che i bambini che hanno guardato la televisione per un tempo limitato, tra lunedì e venerdì, saltano significativamente ad una fascia più alta di ore trascorse a guardare la televisione nei giorni festivi. Considerando, invece, l'esposizione ad altri dispositivi tecnologici, tra cui i computer, i tablet, gli smartphone e videogames, la tab. 14 mostra come, dal lunedì al venerdì, il 90,3% (la quasi totalità) di bambini e bambine li utilizzerebbe fino a un massimo di 2 ore al giorno. La restante parte dei bambini ha un'esposizione variabile tra le 3-4 (9,4%) e le 5 o più (0,3%) ore al giorno. Durante i giorni festivi, invece, si nota un'esposizione a PC/Tablet/Smartphone/Videogames che cala sensibilmente ad un 73,4% tra 0-2 ore per confluire – con più del 14% rispetto ai giorni feriali – verso la fascia 3-4 ore (23,8%) e 5 o più (2,8%) anche se quest'ultima percentuale resta ancora poco significativa. In ottica comparata, vi è un aumento complessivo del tempo che i bambini passano utilizzando PC/Tablet/Smartphone/Videogames durante i giorni festivi. Con l'obiettivo di approfondire la relazione media-bambini sono stati creati due indici su base settimanale: il primo di esposizione o *screentime* inteso come tempo d'utilizzo dei display da parte dei bambini; il secondo di rischio "della decisione" inteso – secondo la definizione di Luhmann (2002) – quale evento che può accadere in un futuro anche prossimo (come obesità, disturbi psicosomatici, legati al sonno, alla vista, hikikomori) che dipende da una reiterata (e negativa) decisione presa nel presente. L'indice di esposizione si orienta verso il "basso" se sia nei feriali che nei festivi i bambini guardano fino a 2 ore di TV così come se sia nei feriali che nei festivi guardano fino a 2 ore di schermi digitali. Tale indice si orienta verso l'"alto" se nei feriali o nei festivi (o in entrambi i casi), i bambini superano le 2 ore al giorno di TV oppure di digitale. Dall'unione tra i due indici (tab. 15), la relazione interessante si osserva supponendo che la variabile del digitale influenzi quella della TV. Ne consegue che l'85,1% dei bambini osservati ha una bassa esposizione settimanale sia di TV che di digitale contro il 45,8% dei bambini che ha un'alta esposizione settimanale sia di TV che di digitale. Il 14,9% ha una bassa esposizione alla televisione ma un'alta esposizione al digitale mentre il 54,2% si colloca all'interno del crocevia tra alta esposizione alla televisione e bassa esposizione al digitale.

Tab. 15 – Tavola di contingenza Indice esposizione settimanale Televisione/Digitale

Indice esposizione settimanale TELEVISIONE * DIGITALE				
			Indice esposizione settimanale **DIGITALE**	
			BASSA	**ALTA**
			%	%
Indice esposizione settimanale **TELEVISIONE**	**BASSA**	%	85,1	14,9
	ALTA		54,2	45,8

L'indice di esposizione al digitale è, stato, poi, incrociato all'IMC dei bambini. Il 66,7% dei bambini normopeso ha una bassa esposizione al digitale mentre il 42% dei bambini sovrappeso o obesi ha un'alta esposizione al digitale. Parimenti, incrociando l'indice di esposizione alla televisione all'IMC dei bambini vi è una bassa esposizione per il 65,6% dei normopeso e un'alta esposizione per il 36,3% dei sovrappeso o obesi. Dalla comparazione, si può desumere che l'*over screentime* (eccesso di esposizione davanti ai display) non solo si correla ad un aumento del peso in età evolutiva ma viene leggermente favorito dai media digitali. A partire dai due indici (esposizione settimanale TELEVISIONE e DIGITALE) si è creato un Indice di Rischio che propone una lettura dell'esposizione mediante: basso rischio con poca esposizione sia di TV che di digitale, medio rischio con alta esposizione di TV oppure di digitale, e alto rischio con alta esposizione sia di digitale che di TV. Osservando, poi, l'indice di rischio dei media, notiamo che il 50,2% dei bambini riminesi si colloca nella fascia bassa di rischio. Tuttavia, la restante metà si distribuisce tra medio (31%) e alto (18,8%) rischio. Incrociando tale indice con l'IMC del bambino, all'interno del rischio basso, il 69,4% è anche normopeso, nel medio rischio i normopeso diminuiscono a 55,6%, e sovrappeso/obesi si attestano al 36,4% e nell'alto rischio, sovrappeso/ obesità crescono al 40%.

Inoltre, all'aumentare del rischio da esposizione ai media, aumentano anche le scelte insalubri in ambito alimentare. Detto numericamente, il 53,2% dei bambini esposti ad un basso rischio media mantiene uno stile educativo alimentare nutrizionalmente equilibrato non solo a scuola ma anche a casa mentre il 73% dei bambini esposti ad un rischio medio-alto ai media è inserito in contesti familiari dove si nota una tendenza ad avere atteggiamenti non sempre adeguati in termini di corretti stili alimentari. La relazione tra il tempo di esposizione ai media (tradizionali e digitali) e obesità, specie in età infantile, è stata studiata, a partire dalla metà degli anni '80, da numerose ricerche epidemiologiche. Alcuni studiosi (Robinson *et al.*, 2017) dimostrano che la condizione di eccesso di peso in età adulta è attribuibile ad un tempo eccessivo passato alla tv durante l'infanzia e l'adolescenza. Inoltre, allo stato attuale, sembrerebbe che l'uso dei videogiochi e l'esposizione alla televisione ≥120 minuti al giorno, nei giorni feriali, vada fortemente ad influenzare il tempo "di qualità" dedicato all'attività fisica, alle abitudini alimentari e alla stessa percezione del fisico (American College of Cardiology, 2019; Chou, Chen, 2017). La modalità *touch screen* (interfaccia per poter interagire con lo schermo tramite tocco), poi, approcciata, sin da piccolissimi, iper-eccita mente e corpo e ha effetti nefasti anche sulle funzioni metaboliche (Silvestri, 2021).

L'attività – fisica, sportiva, motoria – sembrerebbe l'antidoto per invertire tali tendenze. Essa è parte fondante del processo educativo del bambino per questo il suo ambiente – familiare, scolastico, sociale – dovrebbe essere organizzato in modo da supportare le sue competenze, abilità favorendo esperienze, culturalmente, significative (Moliterni, Magnanini, 2020; Cazzoli, Lanza, 2020). Per interpretare i livelli di attività fisica dei bambini riminesi, aderenti a questa indagine, si è partiti dalle Raccomandazioni del WHO (2019b; 2016). Esse prevedono, per un sano sviluppo fisiologico e mentale, nella fascia 6-11 anni, di far eseguire attività da moderata a vigorosa per almeno 60 minuti al giorno oltre ad esercizi di rafforzamento dell'apparato muscolo-scheletrico almeno 3 volte alla settimana. Non vi è una tipologia di attività migliore di un'altra, dalla bici, alla camminata, *every move counts*[14] – basta che si consumino energie. L'indagine, nello specifico, prende in considerazione l'attività fisica della popolazione infantile quale qualsiasi movimento corporeo – automatico o intenzionale – e il tempo libero dedicatogli distinguendo tra opportunità

[14] Trad. "ogni passo conta" come ripetuto nelle linee guida del WHO (2020), op. cit.

extra-scolastiche, organizzate o meno, sostenute dalla famiglia cercando di capire quanto questo influisca sull'IMC dei bambini. La famiglia, *in primis,* crea le condizioni e fornisce sostegno strumentale, motivazionale e informativo per permettere ai bambini di sviluppare stili di vita attivi (SSRER, 2019a). L'attività fisica è stata studiata come abitudine, in termini di prevalenza, riferita al tempo extra-scolastico *outdoor* (invernale e primaverile) in cui il bambino ha la possibilità di dedicarsi al movimento non strutturato come camminare, andare in bicicletta, giocare all'aria aperta; e *indoor* dove, al contrario, pratica sport strutturati durante la settimana[15]. Nel tempo extra-scolastico dei bambini riminesi solo lo 0,7% delle femmine e l'1,2% dei maschi risulta completamente inattivo. Il 66,4% delle bambine e il 69,6% dei bambini esegue, invece, un'attività che è stata definita "moderata" poiché riferita ad un *range* tra 2-7 ore a settimana. Ciò, se per il 58,8% dei bambini influisce positivamente su un IMC normopeso, non è, altresì, abbastanza per il 34,2% che continua ad essere sovrappeso (23,6%) o obeso (10,6%). Analizzando tale tempo nella sua specificità stagionale (tab. 16), emerge che, se in inverno, le ore di attività fisica *outdoor* si concentrano, prevalentemente, tra 2-4 (57,4%), in primavera le ore si distribuiscono tra 5-7 (37,6%) e 8 o più ore (30,7%). Da un'analisi più complessa, la situazione socio-economica della famiglia riminese, in termini di titolo di studio e occupazione di madre e padre incide sul tempo libero primaverile. Genitori occupati (67,4% padri; 69,5% madri) e con un'elevata istruzione (72,7% padri; 70,5% madri) agevolerebbero l'aumento delle ore trascorse all'aria aperta da parte dei figli. In tal senso, emerge l'importanza dello status socio-economico ma anche culturale della famiglia. Sfruttare, il pomeriggio dopo la scuola per allargare la forbice dei momenti non strutturati di gioco-movimento aiuta il bambino ad allontanarsi dai processi di isolamento fisico e virtuale e a costruire un equilibrio psico-fisico che lo accompagnino nell'età dello sviluppo.

L'85,3% dei bambini riminesi, poi, praticava sport – tra 2-4 ore la settimana[16] – prima che il Covid sospendesse temporaneamente le attività. L'educazione allo sport è sia *déport* – gioco, svago, divertimento – che *agon* – competizione – un nodo importante per la crescita dell'essere umano. Molti bambini si dedicano a sport di squadra[17] (26,6%) o artistici/su tappeto[18] (20,8%) mentre sono numericamente inferiori i bambini che praticano più sport (14,4%) o sport individuali[19] (13,6%). Ciò indica, la consapevolezza delle famiglie, dei benefici che lo sport attua sulla salute dei figli e la possibilità di sostenerlo o favorirlo. Rimini, inoltre, promuove progetti come *Back to Sport*[20], *Pillole di movimento*[21], laboratori gratuiti di gioco sport nei parchi. E, con *Borsa di Sport*[22], il Comune sostiene i costi, parziali o integrali, di bambini provenienti da famiglie indigenti.

[15] Al momento dell'indagine molte attività strutturate sono state temporaneamente sospese, pertanto la domanda fa riferimento al periodo precedente a quello pandemico.

[16] In particolare 2 ore per il 24,7%, 3 ore per il 16,1% e 4 ore per il 13,9% dei bambini.

[17] Tra gli "sport di squadra": basket, calcio, volley e beach volley, rugby, pallanuoto, baseball.

[18] Per "sport artistici o da tappeto" si intende: ginnastica ritmica/artistica, danza classica, moderna, contemporanea, hip hop, aerea, pilates, psicomotricità, karate e arti marziali, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle.

[19] Gli "sport individuali" si riferiscono a: nuoto, tennis, ciclismo, arrampicata, equitazione e ippogrifo, atletica.

[20] Cfr. comune.rimini.it/documenti/bandi/altri-bandi-e-avvisi/avviso-pubblico-la-promozione-di-attivita-sportiva-back-spo rt.

[21] Vedasi https://www.uisp.it/progetti/pagina/pillole-di-movimento.

[22] Cfr. www.comune.rimini.it/servizi/cultura-e-tempo-libero/partecipazione-al-bando-borsa-di-sport

Tab. 16 – Frequenza ore attività extrascolastica bambini in inverno e primavera

Durante il periodo **invernale/primaverile** nel tempo extra scolastico, può quantificare quante ore a settimana sua/o figlia/o fa attività fisica (camminare, andare in bicicletta, giocare all'aria aperta ecc.)		
	INVERNO	**PRIMAVERA**
	%	
2-4 ore	57,4	30,1
5-7 ore	28,8	37,6
8 o piu	9,4	30,7
Mai	2,8	0,9
Non so	1,6	0,6
Totale	100,0	

Guardando all'IMC dei bambini sportivi, il 62,9% risulta normopeso. La rete familiare formata da madre (titolo medio-alto 91,9%) e padre (titolo medio-alto 82,7%) istruiti e occupati (86% madri; 96,9% padri), conferma la correlazione positiva. Tuttavia, tale impostazione da sola non basta come si evince dalla percentuale importante di sovrappeso (22,4%) e obesità (8,8%) tra i bambini sportivi. È necessario, pertanto, accompagnare alle opportunità strumentali una consequenziale educazione agli stili di vita e alle abitudini alimentari. La costruzione di una consapevolezza cosciente risulta, infatti, tutt'altro che semplice e immediata.

5. *Il «Patto» con la scuola che forma, regola, sostiene*

La scuola svolge la funzione di socializzazione secondaria ossia stimolare l'apprendimento, sin dall'età evolutiva, di un insieme di pratiche sociali. Essa è la prima istituzione sociale extra familiare con la quale il bambino entra in contatto al fine di imparare modelli di comportamento come l'educazione alimentare e motoria (Bagnasco *et al.*, 2012). L'educazione alimentare e l'attività fisica a scuola supportano le famiglie nella co-creazione di corrette e coerenti pratiche che possano sedimentarsi nel corso della vita evolutiva (Jung *et al.*, 2019, Sogari *et al.*, 2018). L'offerta del servizio di refezione scolastica ma anche la capacità di organizzare e riorganizzare in modo dinamico e creativo gli spazi educativi *indoor* – aula, palestra – o *outdoor* – giardino e/o cortile della scuola – lascia che gli ambienti scolastici assumano identità nuove, siano riempiti di senso e motivino le esperienze del bambino. L'educazione alimentare e quella fisica sono, infatti, responsabilità collettive sia delle famiglie sia della scuola che del tessuto socio-istituzionale. Non è semplice mantenere con costanza uno stile alimentare e di vita adeguato vivendo in un ambiente, stilisticamente e nutrizionalmente, "obesogeno" così come sono stati gli anni del Covid e soprattutto dei lockdown. Tuttavia, è la stessa società che moralmente esalta il perseguimento psico-fisico del *wellness* già in età infantile. Come già visto, se le diseguaglianze sociali si "incarnano" (Cardano, 2008) nelle famiglie e creano un divario nella possibilità di acquisizione di corretti stili alimentari e di vita, la scuola è l'ambiente che può uniformare tali differenze agevolando il consumo energetico, il desiderio e il bisogno di muoversi che caratterizzano il bambino (Ceciliani, 2018).

La scuola, pertanto, è un ingranaggio educante fondamentale nella vita del bambino ma per mettere a segno tale obiettivo ha bisogno del sostegno della famiglia. Per questo, all'inizio del primo anno di primaria, gli insegnanti convocano i genitori e, oltre ad avviare la conoscenza, stringono un *patto di corresponsabilità* che, salvo eccezioni, siglerà le linee educative del quinquennio a seguire. Un patto in cui tutti, anche i bambini, si impegnano a collaborare per obiettivi comuni improntati all'interiorizzazione di valori e pratiche. All'interno di tale quadro, nelle scuole primarie riminesi, all'educazione alimentare e motoria sono riservate una serie di attività specifiche che valorizzano il ruolo attivo del bambino.

1. L'educazione alimentare e il tempo (scuola) della mensa

Nella tab. 1 sono state riassunte, all'interno della programmazione delle primarie aderenti allo studio, le attività curriculari e integrative dedite all'educazione alimentare. Oltre all'importanza data, garantendo il servizio mensa per quasi la totalità delle scuole, per tutta la settimana, si promuovono anche programmi col sostegno dell'Unione Europea e del Ministero della Salute – quali "Frutta e verdura nelle scuole" e "Latte nelle scuole" – che offrono l'opportunità di gestire e contenere, in alcune parti dell'anno, il momento della merenda di metà mattina.

Tab. 1 – Attività curriculari e integrative per l'educazione alimentare[1]

Tempo pieno con mensa	*Spazi outdoor dedicati all'educazione alimentare*	*Laboratori progetti sull'educazione alimentare ampliamento curriculare*
	ZONA O PROSSIMITÀ CENTRO STORICO (n. 2 Plessi)	
2 volte per settimana	X	✓
tutta la settimana	X	✓
	ZONA LITORANEA (n. 2 Plessi)	
tutta la settimana	X	✓
tutta la settimana	✓	✓
	ZONA PERIFERIA (n. 5 Plessi)	
tutta la settimana	X	✓
tutta la settimana	✓	✓
tutta la settimana	✓	✓
1 volta per settimana	✓	✓
tutta la settimana	✓	✓

Coltivare all'aria aperta, mediante gli orti scolastici, poi, è una attività innovativa che la gran parte delle scuole riminesi sta mettendo in pratica. Far conoscere l'importanza delle api, piantare vasi di fiori ed erbe aromatiche nel giardino, allestire frutteti, seminare e coltivare ortaggi e cereali e prendersene cura, offre un modo semplice per avvicinare ad un'educazione alimentare consapevole e responsabile.

> Secondo me sono cose buone queste, è giusto provarci perché non è detto che per forza sia un libro a dover insegnare. Si può andare nel bosco a vedere la pianta com'è fatta. È giusto dare anche questa opportunità ai bambini (Genitore 1, focus group - novembre 2020).

Si tratta di attività che i genitori rispondenti ritengono debbano aver maggiore attenzione nella routine dell'attività scolastica (tab. 2).

Tab. 2 – Considerazioni e conoscenza del genitore su educazione alimentare e scuola

Pensa che l'educazione alimentare debba avere maggiore attenzione nell'attività scolastica curriculare?		**È a conoscenza di progetti e laboratori sull'educazione alimentare nella scuola di sua/o figlia/o?**		**Vi ha mai partecipato?**	
	%		**%**		**%**
Sì sarebbe molto importante	90,9	Sì	48,3	Sì	16,2
No non è molto importante	2,2			No	83,8
Indifferente	6,9				
		No	51,7		
Totale	100,0	Totale	100,00	Totale	100,0

Il coinvolgimento genitoriale nelle iniziative laboratoriali a e con la scuola sull'educazione al cibo, tuttavia, risulta da implementare sia perché agli incontri *purtroppo non tutti i genitori riescono a partecipare*[2] Sia perché *vengono sempre i genitori i cui figli non hanno molto bisogno*. Infatti, come emerge da tab. 2, poco più della metà dei genitori non è a conoscenza dell'offerta che la scuola propone sul tema e, anche coloro che risultano più informati non vi hanno mai preso parte direttamente.

Nei primi anni del 1900, il servizio di ristorazione nasce per convincere le mamme a portare i figli a scuola. In un'epoca in cui tantissimi alunni, in età scolare, disertavano la scuola per lavorare, alcune amministrazioni sensibili si interrogavano

[1] La tabella sintetizza le opportunità offerte dalle scuole primarie riminesi aderenti alla nostra indagine estrapolate dai Piani Triennali dell'Offerta Formativa 2022-2025 e dalle testimonianze delle referenti di Plesso.

[2] In corsivo le parole delle insegnanti (focus group - giugno 2020).

sul «dovere morale consequenziale all'obbligo dell'istruzione primaria di fornire agli alunni poveri i mezzi di alimentazione per porli in grado di profittare dell'istruzione, con vantaggio loro e dell'intero Comune» (Mantegazza, 2020, p. 94). Nel 1904, anno in cui con la Legge Orlando, lo Stato si impegna finanziariamente ad aumentare sussidi alle Amministrazioni territoriali e caldeggia l'istituto della mensa gratuita per i più poveri, il Comune di Rimini compare già tra i centri urbani aderenti (fig. 1). La refezione scolastica nasce così dalla sensibilità di amministrazioni strutturalmente solide come servizio pubblico e sociale, *in primis,* a supporto del sostentamento di bambini e bambine ove le famiglie non fossero nelle condizioni per perseguire tale bisogno[3] (Mantegazza, 2020).

Nello specifico, la mensa riminese funzionò per cura del Patronato scolastico – ente morale ausiliario del sistema scolastico che faceva da ponte tra società civile e scuola – col sussidio del Comune. Gli alunni e le alunne delle scuole *elementari* che, nel primo anno, goderono della gratuità del pasto, furono 2299, il 46,1% degli iscritti (Giusti, 1914; 1910; 1906). Questa prima esperienza risultava già molto all'avanguardia per quei tempi: la refezione riminese, infatti, non distribuiva solo un "pasto freddo" (pane) ma anche uno "caldo" (minestra) presupponendo già, rispetto ad altre realtà, la presenza di cucine e refettori all'interno delle scuole che garantivano diete migliori a prezzi più contenuti (Giusti, 1910; Mantegazza, 2020).

Questi primi episodi, seppur temporanei e non sempre continuativi durante l'arco dell'anno[4], possono essere considerati "rivoluzionari" perché pongono le basi per uno dei due pilastri che guiderà le politiche scolastiche nel corso storico e sociale ossia colmare forme di diseguaglianze socio-familiari e squilibri territoriali.

La vocazione educativa che sorregge la struttura delle mense contemporanee, inizia a prendere forma tra la fine degli anni '70 e i primi anni '80. Con la prima "Conferenza Nazionale per l'Educazione Alimentare[5]" del 1975, tenutasi a Roma, e il convegno su "L'Educazione Alimentare in Europa[6]", promosso a Bologna nel 1981, si inizia a riflettere sulle modalità di miglioramento delle abitudini alimentari infantili riconoscendo, all'atto nutritivo, valenze fisiologiche, psicologiche, sociali e culturali (Miur, 2015).

L'attenzione, in particolare, inizia a posarsi su come alternare momenti informativi ad educativi all'interno dell'ambiente scolastico. Sarà, tuttavia, necessario attendere gli anni Novanta per vedere attivarsi i primi modelli di refezione scolastica basati su tale ideologia.

> Sono insegnante da più di trent'anni nella seconda scuola di Rimini che ha proposto il tempo pieno in un quartiere di periferia. Quartiere delle case occupate negli anni '80, quindi con gravi problematiche sociali di abbandono e che man mano si è trasformato in un quartiere residenziale. Il tempo pieno all'epoca è servito, in qualche modo, per dare l'opportunità a questi bambini di avere più ore a scuola e anche di avere una tutela e una copertura maggiore durante la giornata visto che i genitori o lavoravano o erano impelagati con qualche guaio giudiziario (Insegnante 1, focus group - giugno 2020).

[3] Nello specifico, godevano della gratuità gli orfani di padre e di madre o di uno dei genitori, gli appartenenti a famiglie con 4 figli minori di 14 anni, i figli di genitori considerati impotenti al lavoro, disoccupati o in condizione di povertà e bisogno (Mantegazza, op. cit.).

[4] Analizzando l'Annuario Statistico delle città italiane del 1910-11 (Giusti, 1914), si legge ad es. che la refezione scolastica funzionò quell'anno, a Bologna da novembre a giugno; a Cesena e Ferrara per 3 mesi; a Faenza dal 12 gennaio al 23 marzo; a Imola per 4 mesi; a Modena da novembre a maggio; a Parma per 5 mesi; a Rimini per 74 giorni.

[5] Conferenza organizzata da Istituto Nazionale della Nutrizione.

[6] Promossa da Cooperazione dei Consumatori.

Fig. 1 – Centri urbani dove è stata istituita la refezione scolastica

1) Alassio	11) Canneto sull'Oglio	21) Imola	31) Pavia	41) Spoleto
2) Alessandria	12) Casale Monferrato	22) Lecce	32) Pesaro	42) S. Remo
3) Ancona	13) Como	23) Livorno	33) Piacenza	43) S. Salvatore Monferrato
4) Arezzo	14) Conegliano	24) Matera	34) Ravenna	44) Torino
5) Bassano	15) Castel Goffredo	25) Volta Mantovana	35) Rimini	45) Tortona
6) Bologna	16) Castel d'Ario	26) Medicina	36) Rovigo	46) Treviglio
7) Boves	17) Ferrara	27) Milano	37) Schio	47) Valenza
8) Bozzolo	18) Firenze	28) Modena	38) S. Felice sul Panaro	48) Vercelli
9) Brindisi	19) Gubbio	29) Montepulciano	39) Siena	49) Verona
10) Canaro	20) Jesi	30) Mordano	40) Spezia	50) Vicenza
				51) Voghera

Fonte: Mantegazza, 2020, p. 72

Da un lato alcune Pubbliche Amministrazioni, complici industrializzazione e globalizzazione, si sono orientate verso politiche di riduzione dei costi offrendo prodotti "processati" disponibili in qualunque momento dell'anno non tenendo conto né della stagionalità né della freschezza degli ingredienti impoverendo il potenziale educativo della mensa scolastica (Paltrinieri, 2019). Dall'altro, ed è il caso dell'Amministrazione riminese, si è sviluppata l'idea di educazione alimentare quale esperienza attiva, diretta e di qualità col cibo che pone al centro la salute e la sicurezza alimentare di bambine e bambini. A partire dal 2001, poi, complice anche la "Seconda Conferenza Nazionale per l'Educazione Alimentare" di Roma, quest'ultima esperienza fu sistematizzata ed ampliata (Miur, 2015). Per le Amministrazioni che seguono la prospettiva educativa dell'alimentazione a scuola, la somministrazione del pasto è pensata secondo criteri di sicurezza (non deve nuocere alla salute del piccolo consumatore); sensorialità (deve soddisfare specifici requisiti di aspetto, forma, colore, odore, sapore, consistenza); nutrizione (deve contenere sostanze utili all'organismo) e gratificazione sia sul piano psicologico che sociale (Miur, 2015). A questo, si è aggiunta, progressivamente, anche un'attenzione in termini di impatto ambientale, sociale, etico ed economico verso l'attività di produzione alimentare su vasta scala. Il nuovo parametro qualitativo imprescindibile per la nutrizione a scuola è l'idea di bio-sostenibilità non solo come obiettivo virtuoso di benessere e di qualità ma come stile di vita.

A Rimini, il momento della mensa rappresenta il tempo-scuola dove si compie un'azione educativa alimentare sempre più sensibile: è l'incontro non occasionale di bambine e bambini con il cibo e con i suoi molteplici significati. Si tratta, altresì, di un momento di socializzazione, di apprendimento, confronto, emulazione e condivisione (anche e non soltanto del cibo) nell'ambito di un progetto formativo comune. Per tale ragione, il tempo della mensa è "tempo scuola".

Se, a livello nazionale, tale servizio non è orientato da una strategia uniforme e non rientra né in un ordinamento né in una riforma, trovare l'istituto della mensa all'interno delle scuole, prendersi la responsabilità di fare scelte e stanziare risorse, rappresenta anzitutto lo sforzo di Amministrazioni territoriali e scolastiche orientate a porre in essere politiche alimentari che avranno un impatto sulla crescita, nel medio-lungo termine, dei bambini e del sostegno alle loro famiglie. Non solo, ma gli esempi virtuosi che ne possono emergere, appaiono sempre più lo specchio di persone sensibili, competenti e aperte a prospettive nuove.

Nei prossimi paragrafi, si riporteranno i risultati della sezione del questionario *La mensa scolastica* relativa alle scuole primarie riminesi, aderenti allo studio condotto, trasversalmente alle testimonianze di genitori, insegnanti e altri esperti e di alcune esperienze etnografiche.

1.1. L'architettura con "3S" del menu riminese: sicuro, sostenibile, stagionale

Creare le condizioni per offrire delle opportunità a bambine e bambini, talvolta uniche, è fondamentale per limitare l'acquisizione di comportamenti insalubri e prevenire sovrappeso e obesità infantile non solo difficili da eliminare nella vita adulta ma che, secondo la prospettiva del *life course* (Cappellato, Moiso, 2020) ne potrebbero influenzare negativamente il corso. Tra queste «seguire le indicazioni per una sana alimentazione nel formulare i pasti scolastici» (Villarini, 2019, p. 82). In tale ottica, la ristorazione scolastica cerca di costruire e offrire un modello educativo sia sul piano nutrizionale che su quello psico-socio-culturale-ambientale in cui il pasto risponda al bisogno primario di nutrizione, convivialità e comunicazione interpersonale nonché di sviluppo di un rapporto positivo con il cibo, con lo spazio e il tempo in cui lo si consuma.

Attualmente, edificare una scuola attenta, dedita alla creazione di servizi per la popolazione infantile ma anche solida nel supportare le necessità lavorative e/o economiche delle famiglie è sinonimo di promozione del benessere, di corretti stili di vita e quindi di opportunità di salute. Proprio a tal proposito, e già a partire dagli anni Novanta, nelle scuole primarie di Rimini si è introdotta una politica alimentare che ha, progressivamente, implementato la costruzione di un menu sicuro, sostenibile e stagionale.

In primo luogo la sicurezza viene costruita, in linea con i concetti di *food security*, offrire cibo a sufficienza dando a tutti la possibilità di accedervi, e *food safety*, preservare igiene e salubrità di un alimento (Miur, 2015). Corrette abitudini alimentari veicolate mediante la possibilità di accesso e consumo di cibo e acqua sufficienti, insieme ad un piano d'azione fondato sui principi di responsabilità, rintracciabilità, analisi del rischio, precauzione, trasparenza e di protezione dei consumatori «dal campo alla tavola» (SSRER, 2009, p. 46) guidano la sicurezza nei menu all'interno delle scuole.

Per costruire un pasto sostenibile, poi, la *conditio sine qua non* è la presenza di materie prime, completamente o per la gran parte, provenienti da coltivazioni biologiche, integrate, "da filiera corta" (detta km0), a indicazione e denominazione di origine del mercato equo e solidale, prodotti tipici e tradizionali regolamentati. Tale aspetto risulta imprescindibile sia per la valenza nutrizionale – assenza di residui pesticidi – sia per la promozione etica e sociale dell'ambiente. Il Green Public Procurement ossia i Criteri Ambientali Minimi (CAM), obbligatorio dal 2015, disciplina la presenza di quote percentuali sempre maggiori di prodotti biologici, in Italia, nelle mense scolastiche che si integra alle misure già regolamentate dalla Regione Emilia-Romagna del 2005 con lo sportello Mensebio, un servizio che informa e facilita gli enti pubblici titolari di servizi di ristorazione collettiva sulla reperibilità dei prodotti (SSRER, 2009). Questa impostazione ha già rivelato alcuni aspetti virtuosi. Per il quarto anno consecutivo, infatti, l'Emilia-Romagna è la Regione che si è aggiudicata la quota più alta prevista dal Fondo nazionale per le mense scolastiche biologiche e Rimini risulta la seconda città della Regione a cui andrà il premio economico più alto.

L'attenzione verso la stagionalità ovvero la scelta di prodotti che la natura offre ogni mese dell'anno e che il territorio locale o nazionale permette di coltivare in

condizioni naturali, assicura, anzitutto, una dieta varia e ben bilanciata per l'organismo dei bambini. Scegliere prodotti di stagione riporta, in primo piano, la tradizione culinaria locale favorendo un tipo di produzione non esasperata dal modello intensivo (Francardo, Mariani, 2019).

Durante la pausa scolastica estiva, il servizio Ausl Rimini - sezione Igiene degli Alimenti e Nutrizione ripensa ed edifica i menu tenendo conto delle Linee di indirizzo del Ministero (2010), quelle strategiche della Regione Emilia-Romagna (SSRER, 2009) ma anche dei Livelli di assunzione di riferimento di nutrienti ed energia per la popolazione italiana (LARN, 2014). L'architettura di un pasto completo viene definita tenendo conto di "Quantità Benessere" (Q.B.)[7] – porzioni di cibo che la popolazione infantile può consumare, quotidianamente, misurati in grammi cercando di mantenere in equilibrio, in una "media collettiva", fabbisogni dei nutrienti divisi per fasce d'età e sesso (SSRER, 2009). Il modello alimentare seguito è quello "mediterraneo" caratterizzato dal prevalere di verdure, ortaggi, frutta, cereali nonché dalla riduzione di grassi saturi, zuccheri semplici e sale.

> La dieta non mediterranea rallenta la crescita a livello fisico. Quando il bambino diventa grande che ormai le ossa si sono calcificate, il cervello formato può scegliere però ha già una base fisica e mentale formata. Nell'età della crescita al bambino non puoi levargli cose. Se non dai il calcio come fai a calcificare le ossa di un bambino? Se non dai gli zuccheri presenti nei carboidrati come fa il cervello a recepire? Ti trovi un bambino stanco, non attento, non ricettivo, che non sta sulle gambe. Un bambino che ti dorme sul banco. (Dietista 2, intervista - ottobre 2020).

Il menu, tuttavia, prende forma, colore, odore, sapore all'interno della cucina centralizzata della ditta di ristorazione collettiva che si è aggiudicata l'appalto. Qui, si elaborano pasti completi, avvalendosi prevalentemente di materie prime Bio, circa il 70%, prodotti DOP, IGP provenienti dal mercato equo-solidale e da quello locale e, almeno una volta alla settimana, della distribuzione di pane integrale. Inoltre, le mense scolastiche riminesi hanno una tabella-menu suddivisa in 5 pasti settimanali, dal lunedì al venerdì, autunno-inverno e primavera-estate e in base alle celebrazioni previste in calendario – feste, giornate mondiali – e soprattutto ai prodotti del territorio – locali o regionali (fig. 2). Recuperando, poi, sia la stagionalità che l'aspetto locale, i menu di Rimini esaltano l'offerta della tradizione romagnola prevedendo pesce azzurro del Mar Adriatico come alici, sardoncelli, cefali e sardoncini pescati la notte, passatelli, cappelletti, piadina, fornarina o squacquerone. Personalizzare e variare l'offerta alimentare, come si nota, analizzando, ad esempio, il menu "verde", quello dell'Emilia-Romagna, della Terra, della celiachia o quello di Pasqua[8] è una strategia educativa "inclusiva" importante. Essa tenta di invogliare l'assaggio di cibi nuovi evitando la monotonia nei sapori ed eventuali squilibri nutrizionali, educando alla diversità, sviluppando la sensibilità sensoriale e conoscitiva in età pediatrica, offrendo una esperienza positiva del tempo-scuola a tavola anche mediante la creatività nelle forme e nei colori.

[7] Cfr. Ministero della Salute, DM 01/09/2003.

[8] Dalla Piattaforma EliorXlascuola: il menu verde è composto da risotto con gli spinaci, frittata alle erbette, insalata verde, frutta e pane; quello regionale dell'Emilia-Romagna strozzapreti al pomodoro, piadina e crescenza, erbe cotte, quello della Celiachia Risotto alle zucchine, pollo al forno con erbe aromatiche, fagiolini, frutta fresca, pane; quello della Terra tagliatelle al sugo di lenticchie, patate al forno, carote a bastoncino e in quello di Pasqua si presentano tagliatelle al ragu, insalata verde, patate arrosto e colomba.

Fig. 2 – Calendario 2021-2022 Scuole Primarie Rimini

Fonte: Piattaforma EliorxLescuole

Per tali ragioni, il lavoro che l'Ausl Rimini esegue insieme alle dietiste della ristorazione collettiva appaltante necessita di una continua comunicazione: dalle richieste di variazione nelle tabelle dietetiche per allergie, intolleranze, patologie, temporanee o croniche, o per motivi "etico-religiosi", allo studio di menu "speciali", sani e bilanciati, da sottoporre a «parere di conformità ai servizi dell'Azienda USL» (SSRER, 2009, p.56), alla opportuna distribuzione del pasto.

> Le linee guida sono generiche sul tema della dietetica, l'ASL ci invia la dieta del tipo "etico-religiosa" piuttosto che "diabetico" o "celiaco", noi facciamo le sostituzioni interne. Abbiamo la dietista che si occupa solo di Rimini, poi facciamo una tabella sulla base del menu ad hoc per singolo bambino con le varie sostituzioni. Quindi passatelli con brodo vegetale e parmigiano se è "no latte" gli facciamo i passatelli senza parmigiano. La cosa principale a cui l'ASL tiene molto e questo lo riteniamo molto giusto, è quello di seguire il menu il più possibile quindi se ho un passatello in brodo non gli posso dare la pasta al pomodoro, gli darò magari una minestrina se non riesco a fare il passatello senza latte ma comunque in brodo perché i bambini devono più o meno mangiare sempre le stesse cose tra di loro. Quella delle diete è una cosa interna. La dietista prepara il prospetto settimanalmente, prepara le etichette. La cuoca prepara tutti i piattini in monoporzione, la dietista li etichetta, controlla che il menu sia quello corretto e sarà la dietista a controllare anche la spedizione nella scuola giusta. Le ASM[9] che sono nelle scuole devono servire la dieta prima degli altri – per evitare contaminazioni – ci sono delle linee guida anche in quel caso (Dietista 2, intervista - ottobre 2020).

Il monitoraggio sui menu, poi, richiede, una costante vigilanza interna:

> andiamo a controllare nelle scuole quasi tutti i giorni per renderci conto. Vediamo cosa torna dalle scuole e le addette mensa giornalmente scrivono alla Responsabile soprattutto i problemi tipo non so *oggi il finocchio era scondito*. Abbiamo creato un gruppo WhatsApp dove tutti i giorni mi dicono *questo non è piaciuto*. Tipo ieri c'è stato cavolfiore e zucchina lessati e non le hanno mangiate. I bambini le verdure fan fatica, è una cosa che ho notato proprio da anni. Non abbiamo tanto spazio di manovra, non possiamo dire non faccio più quella pietanza. Siamo liberi solo dal punto di vista

[9] Acronimo di Addetta allo Sporzionamento Mensa.

di frutta e verdura[10]. Questo anche per il biologico perché il nostro fornitore non ha sempre disponibilità di "tot" chili da poterci dare. Quindi se ha piovuto e sono andate tutte a male e ci dà soltanto metà mele e metà pere poi siamo noi a dividerle nelle scuole. E anche sulla verdura è importante avere questo tipo di spazio di manovra (Dietista 2, intervista - ottobre 2020).

Facciamo vigilanza. Si va nelle scuole a verificare il menu, come viene cucinato, troppo salato, freddo, caldo (Dietista 3, intervista - ottobre 2020).

Tale controllo, oltre alla valutazione interna alle Ausl e alla ristorazione collettiva, si avvale anche di quella esterna delle Commissioni Mensa.

La Commissione mensa è anche l'occasione per fare dell'educazione alimentare a genitori o insegnanti per poter diffondere un messaggio. E la cosa importante è che anche quando ci arrivano dei commenti a dei piatti che non piacciono, poi, c'è anche il controllo da parte nostra direttamente nella scuola dove effettuiamo la verifica del piatto che non è stato gradito. Quindi verifichiamo che non sia solo un commento a voce alta. Ci siamo rese conto, però, che spesso assaggiando noi stesse l'alimento non è così male e il motivo per cui quel piatto non viene accettato dal bambino non è tanto la qualità organolettica in sé ma una serie di fattori (l'età ad esempio – le quarte e le quinte elementari sono abbastanza problematiche da questo punto di vista in quanto appena viene servito il piatto spesso il loro atteggiamento è quello di prenderlo e metterlo al centro della tavola e se lo fa il leader della classe poi tutti lo seguono). Quindi spesso il piatto non viene nemmeno assaggiato e l'insegnante ha la percezione che quel piatto non va. E non va perché è lì sulle tavole quindi cerchiamo anche di spiegare questi concetti sia al genitore che all'insegnante e quindi lavorare su alcuni atteggiamenti che andrebbero moderati. (Dietista 4, focus group - novembre 2020).

A tal proposito, in ogni momento, i menu possono essere revisionati per aumentare la gradevolezza dei piatti, favorire l'uso di frutta e verdura di stagione, affrontare, tempestivamente, le difficoltà che si possono presentare nella popolazione scolastica ad accettare i piatti proposti, garantire, ulteriormente, la variabilità degli alimenti, rispondere ad esigenze nutrizionali e dietetiche emerse nel tempo, essere coerenti con i programmi di educazione alimentare sviluppati (SSRER, 2009, p. 56).

1.2. In Mens(a) Sana: un incontro educativo importante

In Mensa si origina un osservatorio privilegiato del rapporto che bambine e bambini hanno col cibo, con i loro coetanei, con persone, che, a diverso ruolo, animano la "cucina" extra-familiare ma anche di conoscenze socio-familiari pregresse *perché comunque il bambino porta sempre con sé la voce interiorizzata del genitore e le abitudini che conosce*[11].

In Italia, tra le 2467 scuole campionate dall'ultima indagine dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2019), il 75% possiede la mensa. L'Emilia-Romagna riesce a coprire il 91% dell'offerta ristorativa per il suo territorio e nell'80%, per almeno 5 giorni la settimana (SSRER, 2019a). Rimini, offre il 75% di scuole con mensa funzionante (AUSLR Rimini, 2019), nelle primarie indagate, in questa ricerca, l'83,3% dei bambini si avvale della mensa e l'87,5% ne usufruisce per tutta la settimana (tab. 3). Segno che, nonostante alcune volte la mensa sia luogo di proteste e contestazioni,

[10] Da menu si legge, in tal senso, "frutta di stagione" o "verdura cotta" senza specifica.
[11] Dalle parole dell'insegnante 3, intervista - giugno 2020.

la gran parte dei genitori continua a considerarla un importante strumento di supporto alla quotidianità extra-familiare nonché un potenziale alleato nell'educazione alimentare dei figli.

Tab. 3 – Frequenza e utilizzo della mensa scolastica dai bambini delle primarie di Rimini

Sua figlia/sua figlio, a pranzo, usufruisce della mensa scolastica?		**Per quante volte, in una settimana, sua figlia/suo figlio, usufruisce della mensa scolastica?**	
UTILIZZO **%**		FREQUENZA **%**	
Sì	83,3	1 volta	9,3
		2-3 volte	3,2
		Tutta la settimana	87,5
No	16,7		
Totale	100,00	Totale	100,0

In un'epoca che vede l'atrofizzarsi del convivio domestico, partecipare alla mensa scolastica significa aderire ad un patto educativo. I rituali canonici della tavola vengono calati nell'ambiente scolastico caratterizzato da regole, tradizioni, disciplina e affettività che azzerano le differenze, promuovono la sana alimentazione, educano a comportamenti sostenibili e alla responsabilità sociale (Colò, 2021). L'esperienza che i bambini fanno, a scuola, col cibo origina un incontro educativo importante. In primo luogo con gli adulti, presenti ed assenti, che con i loro atteggiamenti e possibili pregiudizi, ormai radicati, influenzano il comportamento alimentare dei bambini (SSRER, 2009). La famiglia – anche se non presente fisicamente – è una voce interiorizzata nell'approccio al cibo da parte del bambino che può dar luogo a comportamenti propositivi o riluttanti.

Gli Addetti allo Sporzionamento Mensa (ASM), poi, rappresentano gli adulti "esterni" che, in ragione della loro importante funzione, instaurano con i bambini un rapporto di riconoscenza e fiducia. In particolare, al momento della distribuzione è essenziale che l'ASM non solo tenga conto delle caratteristiche, fisiche e di età, del singolo bambino ma che conosca metodi ed *escamotage* per ovviare a disturbi dell'alimentazione e all'eccesso di peso come frazionare la porzione prevista per incoraggiare l'assaggio al cibo o prevedere un "bis simbolico". Gli insegnanti sono educatori ma anche consumatori. Il pasto condiviso a scuola è un complesso momento didattico da sviluppare con attenzione e costanza. Maestre e maestri, devono fare in modo che le norme prestabilite siano garantite e rispettate, insegnare come comportarsi a tavola, intercettare difficoltà e gradimento relativo a determinate tipologie di cibo, "mangiare e apprezzare", essi stessi, stando attenti a contenere pregiudizi e spiegare le eventuali intolleranze cogliendo l'occasione di sensibilizzare ed educare alla civica dell'alimentazione, al valore nutrizionale e sociale del cibo.

In secondo luogo, all'appuntamento educativo sono presenti spazio, tempi e modalità in cui il messaggio educativo e culturale viene veicolato dando ai bambini gli strumenti per «esplorare il mondo, entrare in sintonia, scoprendo e riscoprendo saperi legati ad altri ambiti di azione e relazione» (Paltrinieri, 2019, p. 17). Le modalità di utilizzo della luce, dei colori, delle forme, delle pareti, degli arredi, delle attrezzature, dei tavoli, delle posate, delle stoviglie rappresentano lo spazio occupato dal pasto. A questo, è necessario contare un tempo, né troppo breve né troppo lungo, dedicato al consumo, sufficiente per lasciare che il bambino "ascolti" ed entri in relazione col cibo al fine di poterlo apprezzare. Il messaggio sociale e affettivo, infine, si origina dall'esperienza nel suo complesso data da un servizio che soddisfi i cinque sensi e che risponda al bisogno di *cosa*, *quanto* e *come* mangia il bambino. I significati e le interpretazioni che ne derivano, lasciano alla popolazione infantile il modo di "essere" attori del proprio "fare". Sperimentando nuovi sapori e nuovi sa-

peri, condividendo conoscenze e differenze in un ambiente al di fuori del nido casalingo, i bambini restano i protagonisti di questo incontro educativo. Non solo, ma capita spesso che essi siano il principale motore nell'influenzarsi, positivamente o negativamente, nella commensalità. Non stupiscono, pertanto, commenti emersi dal questionario come *mangia verdure o pesce ma a casa a volte fatica a mangiarle mentre a scuola li trova più gustosi* oppure *stranamente, a scuola, apprezza il pesce*.

Tab. 4 – Organizzazione servizio mensa primarie pre-COVID-19 e a causa del COVID-19

Turnazioni Mensa	***Spazio dedicato alla mensa pre-COVID-19***	***Spazio dedicato alla mensa a causa del COVID-19***
ZONA O PROSSIMITÀ CENTRO STORICO (n. 2 Plessi)		
I turno ore 12.30-13.30	Aula mensa	Classe
I turno ore 13.00-14.00	Aula mensa	Classe
ZONA LITORANEA (n. 2 Plessi)		
I turno ore 12.00-13.00 II turno ore 13.00-14.00	Refettorio	Classe
I turno ore 13.00-14.00	Refettorio	Classe
ZONA PERIFERIA (n. 5 Plessi)		
I turno ore 12.00-12.40 II turno ore 12.40-13.20	Refettorio	Classe o atrio lungo i corridoi
I turno ore 12.10-13.10 II turno ore 13.10-14.10	Refettorio	Classe
I turno ore 13.00-14.00	Refettorio	Refettorio + 2 aule mensa
I turno ore 13.00-14.00	Mensa con adiacente locale di sporzionamento	Mensa e classi
I turno ore 13.00-14.00	Mensa con adiacente locale di sporzionamento	Mensa e classi

Una ristorazione scolastica di qualità, oltre alla scelta delle materie prime, dovrebbe garantire e salvaguardare il *comfort ambientale* (SSRER, 2009), un luogo dove abbinare dietetica e nutrizione alla convivialità. In una delle prime interviste semi-strutturate con le insegnanti delle primarie di Rimini, a inizio 2020, il momento della mensa veniva descritto come "un progetto con un significato educativo e conviviale". La somministrazione "veicolata", tra le ore 12/12.30 e le 13, a seconda delle turnazioni e della numerosità, avveniva, in refettori o spazi appositamente adibiti, spesso, molto rumorosi, dove bambine e bambini condividevano grandi tavoli da 6 o 8. A settembre 2020, il tempo scuola della mensa viene, necessariamente, ripensato "in classe" al fine di convivere con le nuove misure di sicurezza e la normativa regionale sull'alimentazione controllata (Fridel, Padovani *et al.*, 2020). Il complesso lavoro di riorganizzazione locali "mensa", norme igieniche e precauzioni nella somministrazione, pulizia e disinfezione, igiene personale di adulti e bambini[12], formazione continua per ridurre il rischio di contaminazione delle superfici materiali e alimentari, ha portato a ricalibrare e personalizzare, al massimo, le soluzioni della ristorazione collettiva. In un'ottica orientata alla semplificazione dei menu e all'evitamento degli assembramenti, la proposta è divenuta un momento "a scacchiera" o "pasto al posto". Con *i bimbi, in aula,* ma divisi dai banchi *predisposti in modo da non potersi girare (…) Non c'è più che "hai fatto oggi?" o "vieni alla mia festa?" ma mangiare subito il pasto diventa l'ultimo ostacolo che divide dal giardino. Stiamo tornando indietro. Diciamo sempre condividiamo, condividiamo e adesso*[13].

[12] Nello specifico: lavaggio mani, uso di guanti e mascherine come in Fridel *et al.*, 2020.
[13] Trascrizione *clear verbatim* di intervista con Insegnante 1 - settembre 2020 e focus group con Insegnante 2 - novembre 2020.

L'ambiente, tranne in qualche rara eccezione (tab. 4), non cambia, i bambini mangiano dove hanno trascorso tutta la mattina insieme all'insegnante di turno e gli ASM, spesso, numericamente inferiori rispetto alle classi da servire, hanno difficoltà a rispettare i tempi da dedicare alle varie classi disperse sull'intero plesso. Inoltre, per esigenze di distribuzione, almeno inizialmente, è stato necessario snellire lo sporzionamento e cibi come brodi e zuppe, sono stati limitati o eliminati.

Questo necessario quanto urgente cambiamento, ha impattato sulla soddisfazione dei genitori nella gestione della refezione scolastica (tab. 5) facendo emergere un calo dell'apprezzamento da *pre-Covid - a causa del Covid* passando i "molto soddisfatto" da 10,3% a 5,5% e i "soddisfatto" da 55,3% a 45,8%. Tale decrescita, tuttavia, deve tener conto anche del temporaneo allontanamento del genitore dalla vigilanza, durante il pasto a scuola, per motivi di sicurezza.

> Arrivo a scuola quasi a mezzogiorno. I bambini della prima stanno uscendo dall'aula e con l'aiuto del maestro con cui hanno trascorso la mattina, si siedono sui gradini dell'atrio in modo diligente. Ormai esperti si danno il cambio per il bagno. Nel frattempo vedo una ASM entrare a igienizzare e apparecchiare i banchi. Dopo una decina di minuti la maestra che conosco e che è appena entrata in servizio mi fa cenno di entrare in aula. Circa una quindicina di bambini sono già seduti nei loro banchi a scacchiera apparecchiati con tovagliette di carta, posate e piatti di coccio (l'insegnante mi dice che sono "fortunati", il coccio in questo periodo viene dato solo alle scuole e nei piani dove è presente la lavastoviglie). Mi accomodo in un angolo dell'aula, sulla cattedra che l'ASM provvede ad apparecchiare. Abbiamo tutti le mascherine, si tolgono solo per mangiare. I bambini interagiscono piacevolmente con me e la maestra in un clima che appare rilassato e disteso. È strano non vedere la confusione del refettorio ma è molto bello poterci guardare negli occhi e poter condividere questo momento come se fossimo ad un pranzo di classe. Arrivano gli spinaci, la maestra sa che la verdura è un punto debole per i bambini così inizia a spiegargli l'importanza di alcuni nutrienti e coinvolgendomi gli raccontiamo qualche aneddoto su un marinaio simpatico chiamato Braccio di Ferro. Qualcuno assaggia e attira l'attenzione per farsi fare i complimenti. A fine pasto la maestra mi dà l'opportunità di interagire con la classe: io chiedo loro qualcosa sulle loro abitudini alimentari e di vita, loro alzano la mano e poi riflettiamo insieme su quello che rispondono. Immagino che questo non sarebbe stato possibile in un classico refettorio. E a me, questa nuova convivialità non è affatto dispiaciuta[14].

Tab. 5 – Valutazione gestione della mensa scolastica nelle primarie di Rimini Pre-COVID-19 e a causa del COVID-19

Esprima il suo GIUDIZIO COMPLESSIVO sul pranzo a scuola per come è stato gestito...:		
	PRIMA DEL COVID-19	**A CAUSA DEL COVID-19**
	%	
Molto soddisfatto	10,3	5,5
Soddisfatto	55,3	45,8
Abbastanza soddisfatto	14,7	18,3
Poco soddisfatto	10,3	16,8
Non soddisfatto	4,4	8,8
Non so	5,1	4,8
Totale	100,0	100,0

In tale scenario, una lettura interessante, arriva dalle testimonianze delle insegnanti. Ammesso l'iniziale spaesamento, causato dalle norme in materia di sicurezza sanitaria, il successivo stabilizzarsi e perfezionarsi di questo meccanismo di somministrazione ha lasciato spazio a un modo diverso di con(e)dividere il pasto a scuola migliorandone l'approccio dei bambini al cibo. Sempre più insegnanti delle scuole

[14] Dalle note di campo, esperienza etnografica - febbraio 2021.

primarie riminesi, infatti, si sono accorte che la distribuzione del pasto in aula, se apparentemente ha tolto la routine e le regole conosciute ante-Covid, in realtà ha rivelato altrettante opportunità educative senza precedenti. Sottraendo, ad esempio, frastuono e affollamento tipici del refettorio, la maestra recupera il ruolo di educatrice ascoltando i dialoghi tra i bambini e monitorando ciò che mangiano.

> L'altro giorno ho dato fagiolini e carote, gli ho spiegato le vitamine che contenevano e molti bambini hanno mangiato i fagiolini per la prima volta (Insegnante 2 - intervista ottobre 2021).

A cui si uniscono le percezioni di alcuni bambini riportate dai genitori: *è soddisfatta della parte organizzativa*; *si trova molto bene anche con questa cosa che stanno al banco, inizialmente la vivevo io come madre in negativo mentre mio figlio mi dice che è un momento rilassante*[15]. La convivialità prende nuova vita nello spazio intimo della classe: un'occasione per con(e)dividere il cibo insieme ad una chiacchierata di gruppo per interventi ordinati dove i bambini si ascoltano e si conoscono meglio, scambiano esperienze personali in un clima rilassato. Un'esperienza su cui riflettere nei lavori di riedificazione post COVID-19.

2. Conoscenza e consapevolezza: il punto di vista delle famiglie riminesi

La ristorazione collettiva assume un ruolo determinante nel migliorare la salute e il benessere delle famiglie, lavora minuziosamente per costruire un'architettura di menu che, potenzialmente, sia un modello per le famiglie nelle scelte di salute. Scelte e preferenze che, tuttavia, sono condizionate dall'intreccio tra fattori biologici, socio-culturali e ambientali. L'approccio, che le scienze sociali definiscono "What's the Problem Represented to be?" (WPR) (Bacchi, 2019), consente di analizzare come le linee guida proposte dagli attori istituzionali interconnettano gli oggetti (cibo) ai soggetti (bambini) stimolando e promuovendo determinati comportamenti del "mangiatore ideale" in "luoghi di intervento specifici" (le mense scolastiche). Tuttavia, le premesse che sottendono alla rappresentazione del problema spesso avvantaggiano alcuni e svantaggiano altri creando delle discrepanze tra pratica ideale e capacità di azione (Bacchi, 2019).

Quanta consapevolezza è, dunque, radicata nelle famiglie riminesi con figli tra 6 e 11 anni? E quanto le strategie adottate a scuola influenzano e riescono ad essere adottate anche a casa?

La consapevolezza delle famiglie, legata al cibo, influenza le abitudini alimentari e l'atteggiamento dei bambini. Per creare un patto solido che agisca positivamente sullo stile alimentare, è necessario che quanto impostato a scuola, durante il pranzo, sia correttamente percepito e condiviso anche dalle famiglie. Nel questionario, l'80,7% dei genitori riminesi rispondenti si dichiara consapevole che i menu proposti a scuola siano, prevalentemente, Bio ed il 95,7% afferma di conoscere anche regole e linee guida sulla preparazione. Tale apprendimento e informazione passa, solo per il 67,8% mediante la piattaforma *EliorXlescuole*[16]. Si tratta di un importante strumento, messo a disposizione dalla ristorazione collettiva appaltante, al fine di informare e proporre un costante confronto con bambini e genitori.

Un altro modo, per i genitori, di avere un ruolo attivo è quello di partecipare alle Commissioni Mensa. Tutte le scuole primarie con mensa osservate a Rimini, hanno

[15] Focus group – gennaio e febbraio 2021.
[16] Per ulteriori approfondimenti vedasi https://www.eliorxlascuola.it/.

istituito le Commissioni Mensa. I genitori *possono influire sulle modalità di gestione del servizio pubblico di mensa*[17]. Ciò riconosce alle famiglie un ruolo nella definizione del servizio di refezione scolastica e nella sua gestione. La Commissione è un istituto che avvia momenti di confronto, durante l'arco dell'anno, solitamente 1 volta ogni 3 mesi oppure dietro richiesta di almeno 2/3 dei rappresentanti dei genitori, al fine di monitorare gradimento, qualità e quantità dei cibi somministrati, sorvegliare, sollevare criticità, proposte e correttivi sul servizio di refezione scolastica. Essa è composta da 1 rappresentante dei genitori per ogni sezione nominato dall'assemblea dei genitori; 1 insegnante referente per ogni sezione nominata dal o dai Collettivo/i scolastico/i dei plessi[18] a cui si aggiungono, se invitati, le dietiste dell'Ausl, i responsabili e la dietista della ditta ristorazione collettiva, il Responsabile dei Servizi Educativi del Comune.

La progettazione di una cabina di regia attenta, capace di coordinare tutti gli aspetti che concorrono a realizzare una mensa sana, sostenibile, sicura e controllata, è determinante per creare una solida collaborazione scuola-famiglia. La presenza sistematizzata ma periodica, durante l'anno scolastico, del genitore a mensa[19], infatti, è orientata a:

- controllare igiene e pulizia di locali e attrezzature e verificarne il corretto funzionamento;
- accertare che il personale abbia eseguito correttamente la distribuzione del pasto e rispettato le diete speciali;
- assaggiare il pasto, al momento del consumo, per verificarne la qualità organolettica e le temperature;
- osservare il grado di *comfort* durante le consumazioni dei pasti (rumore, sovraffollamento locali ecc.);
- vigilare nei refettori (evitando commenti davanti ai bambini).

Successivamente, il genitore formula il proprio giudizio compilando delle schede che verranno utilizzate in sede di riunione con i responsabili del Comune, dell'Ausl e della ristorazione collettiva. A livello di architettura di welfare, tale organizzazione risulta un organo consultivo con risvolti sia nel breve che nel lungo termine. Durante l'arco dell'anno scolastico, infatti, le criticità avanzate in sede di Commissione, dopo una verifica incrociata sia da parte delle insegnanti, delle dietiste dell'Ausl, dei responsabili della ristorazione collettiva e del Comune possono incidere, immediatamente, sull'offerta alimentare chiedendo variazioni al menu o alla combinazione degli ingredienti offerta, nuove ricette e una diversa qualità degli ingredienti. A scadenza del bando triennale, invece, le considerazioni, emerse sia dalla partecipazione alle Commissioni sia dalla vigilanza all'interno degli Istituti, vanno ad incidere sui requisiti del capitolato in fase di gara d'appalto.

[17] Cfr. Sentenza n. 20504/2019 Corte di Cassazione, Sezioni Unite Civili, 30 luglio 2019.

[18] Genitori e insegnanti vengono eletti entro il 31 ottobre di ogni anno e restano in carica per un anno scolastico e fino al rinnovo. Vedi Delibera *Modalità di partecipazione dei genitori alla Valutazione del Servizio mensa* del Comune di Rimini n. 313 del 28/09/2010.

[19] I genitori possono pranzare a scuola comunicando il giorno prescelto alla Dirigenza. Non possono pranzare contemporaneamente più di 1 genitore per sezione nello stesso plesso e in una sezione frequentata dal proprio figlio.

Fig. 3 – Prospettive e concetti emersi nelle Commissioni Mensa osservate

Cerchiamo di ragionarci insieme perché molto **spesso questi giudizi un po' generici non fanno capire** neanche a me qual è **la vera problematica**. Per la **qualità**, i fornitori che abbiamo sono sempre gli stessi e la cucina lavora nello stesso modo, **non sono state fatte modifiche sostanziali** per cui il prodotto debba uscire in modo così tanto diverso. Ad ogni modo quando succedono queste cose, c'è un contatto diretto da chiamare perché **a volte anche il ritardo dell'informazione sembra che non lo prendiamo in considerazione** ma non è così
(Dietista Ristorazione)

Allora la pasta la pesiamo a crudo sui 90 grammi. E poi cotta diventa quasi il doppio
(Cuoco Ristorazione)

Per le cotture è un **problema** purtroppo **del veicolato** perché col coperchio quando il cibo è caldo il vapore che rimane dentro continua la cottura e a volte spappola tutto *(Cuoco Ristorazione)*

Gli **abbinamenti** vengono **rivisti tutti gli anni** proprio perché ci viene segnalato che sono piatti che piacciono poco o che non vanno bene.
Nel **menu** della **Asl di Rimini non sono più presenti gli affettati**
(Dietista ASL)

Magari **va migliorata la preparazione** e su quello la cucina può attivarsi! *(Dietista ASL)*

Dobbiamo cominciare a ragionare diversamente perché **non è che con le cose che ci piacciono dobbiamo pretendere quantitativi maggiori**
(Dietista ASL)

Assolutamente la sottiletta non dovrebbe essere presente nell'alimentazione infantile! **Non dobbiamo ragionare solo sul gusto** perché dietro c'è anche una parte di **educazione alimentare** che magari **deve essere a volte considerata un po' di più**, mi permetto di dire.
(Dietista Ristorazione)

Commissione mensa 2

Si sono riscontrate **molte criticità** quest'anno **sugli abbinamenti** di alcuni alimenti. E poi pure **nella qualità del cibo**
(Insegnante Responsabile dei Referenti Mensa)

Da noi con il primo **il bis c'è sempre**
(Insegnante 1)

La frittata era molto buona con prosciutto cotto e mozzarella! *(Insegnante 2)*

Se nella frittata **si potesse mettere** un formaggio che si scioglie tipo **una sottiletta almeno è un po' più appetitosa!** *(Genitore 2)*

...danno **piccole porzioni**!
(Genitore 1)

Ho mangiato a scuola e devo dire che **negli anni siamo andati migliorando**
(Genitore 3)

Le minestre piacciono molto **ai bambini!**
(Insegnante Responsabile dei Referenti Mensa)

Abbiamo **combattuto per questa educazione alimentare ma i bambini** spesso **non sanno mangiare in questo modo...**
(Insegnante Responsabile dei Referenti Mensa)

Dipende molto **anche dall'abilità delle scodellatrici, da noi sono molto in gamba!**
(Insegnante 1)

Commissione mensa 3

I passatelli con il sugo di vongole sono stati inseriti per variare ma anche **per la tipicità** del piatto **del nostro territorio** su richiesta del Comune tra l'altro. È chiaro che un piatto che viene per la **prima volta** visto dai bambini e magari a casa non sono abituati a mangiarlo probabilmente **non sarà così tanto apprezzato**. Anche in passato quando sono state date cose nuove non è che lo hanno subito accettato, poi hanno imparato. **Non necessariamente se la prima volta un piatto non è andato dobbiamo pensare subito di eliminarlo** *(Dietista ASL)*

Il discorso **quantità-porzioni è** sempre **un po' complesso** nel senso che **bisogna capire se parliamo di quantità di piatti che piacciono** quindi i bambini ne vorrebbero di più **oppure** parliamo **di porzioni scarse in generale**. Bisogna capire cosa volete dire perché **la ristorazione segue le tabelle delle linee guida e** quindi **come quantità dovremmo essere a posto** *(Dietista ASL)*

Quando pensiamo al bis dobbiamo pensare a un 10% in più della porzione quindi se parliamo di 80 grammi non dobbiamo aspettarci 120 grammi *(Dietista ASL)*

Ci vuole un po' di tempo perché i bambini conoscano determinati piatti ma **non può fare tutto la scuola** dove presentiamo un menu equilibrato con tutte le regole del caso e poi quando si torna a casa si fa l'esatto contrario. **Bisogna lavorare di pari passo** per riuscire ad ottenere dei risultati *(Dietista ASL)*

E' stato dato **il cracker non perché non c'era il pane,** i cracker li diamo a tutte le scuole come pasto di emergenza da tenere appunto in cucinetta **e stavano arrivando alla scadenza.** Quindi prima buttarli via **abbiamo deciso di utilizzarli per evitare lo spreco alimentare** *(Dietista Ristorazione)*

Per le prossime volte, per **i legumi possiamo fare un passato** senza problemi. **La pizza abbiamo già chiamato il fornitore per farci avere altre basi da provare più basse**, quella è troppo alta. *(Dietista Ristorazione)*

Allora il riso con i **fagioli se fosse possibile passarli** perché dai piccoli ai più grandi non li mangiano interi, i **passatelli alle vongole** proprio **no**, la **pizza non era ben lievitata** in più col covid non possiamo dare più nulla, prima negli armadi avevamo qualcosina adesso **non possiamo dare nulla** quindi **farli stare fino al 16 digiuni non è il caso** *(Insegnante Responsabile dei Referenti Mensa)*

Non ho particolari osservazioni sulla qualità del cibo in questo momento bene o male **noi siamo abbastanza contenti.** Però **sulle porzioni** sì le **vorremmo più abbondanti sia nel primo che nel secondo** *(Insegnante 2)*

I bambini prima che si avvicinino a sapori nuovi ci vuole tempo non basta una o due volte, io ho un bimbo che **non mangiava per niente riso** l'altro giorno per la prima volta a scuola lo ha mangiato dall'inizio dell'anno. *(Genitore 1)*

Poi se il bambino torna digiuno completamente, **viene anche da pensare al carico di spesa che ha la famiglia** *(Insegnante 1)*

Ci diciamo sempre le stesse cose nelle riunioni, cerchiamo di venirci incontro una volta per tutte! *(Insegnante 1)*

L'altro giorno **sono arrivati i crackers**. E **non ho capito il motivo**, forse **mancava il pane?** *(Insegnante 1)*

I punti salienti delle conversazioni, avvenute tra i partecipanti durante le Commissioni Mensa a cui si è partecipato, nel corso dell'anno scolastico 2020/2021, possono essere approfonditi mediante *graphic facilitators* (Lapum *et al.*, 2014). Le infografiche (fig. 3) aiutano ad evidenziare i dialoghi tra i partecipanti (genitori, insegnanti, dietiste ASL, dietiste della ristorazione, cuoco), durante gli incontri, e consentono una rappresentazione "semplificata" di prospettive e concetti emersi.

3. Gradimento, biorispetto e sostenibilità economica

Selezionare "buon cibo" evidenzia le scelte che gli esseri umani fanno per nutrire corpo, mente e spirito. Tuttavia, essa rivela anche l'appartenenza ad un ambiente sociale, religioso, etico (SSRER, 2009) nonché la capacità di sostenere, economicamente, stili di vita considerati, "qualitativamente", elevati dinnanzi ai cambiamenti storici e sociali.

Mediante la prospettiva dei *critical obesity studies* (Nestle, 2019; Otero, 2018), gettiamo luce sulla qualità merceologica di parte dei prodotti alimentari attuali. Il problema nutrizionale principale dei Paesi occidentali non è più se le persone hanno accesso sufficiente al cibo, ma qual è la qualità del cibo accessibile alla maggior parte. La preferenza verso un cibo standardizzato, ultra processato, calorico e zuccherato, prodotto su larga scala e distribuito in grosse porzioni a basso costo, nei cosiddetti "deserti alimentari[1]" (Gordon *et al.*, 2011), caratterizza, infatti, sempre più, le diete "convenienti" delle famiglie "povere di tempo" (Guthman, 2011). La teoria della diseguaglianza sociale (Cardano, 2008) integra questa riflessione potendo sostenere che fattori – individuali e/o contestuali – strutturali determinano condizioni di salute peggiori. I rischi derivanti da uno stile di vita "in eccesso" e da abitudini alimentari scorrette si riflettono, in primo luogo, sull'aumento della prevalenza di sovrappeso e obesità, un problema che può trasmettersi per *via* sociale intrafamilia, dall'adulto al bambino, e che segna, profondamente, il *life course* alimentare di quest'ultimo e della sua vita adulta. Nella fascia 5-7 anni sino alla pubertà, il consumo di alimenti, eccessivamente, ricchi di proteine di origine animale, carboidrati semplici, grassi saturi, sale, zucchero accompagnato da un insufficiente apporto di frutta, verdura, fibre, carboidrati complessi e ferro determina l'*adiposity rebound* – rimbalzo adiposo – che causa non solo un fisiologico accrescimento dell'IMC del bambino ma anche la presenza di un numero, irreversibile, di cellule adipose nell'organismo (Cavazza, Guidetti, 2020). Le diete utilizzate per correggere gli stili di vita, in età pediatrica, influiscono su umore, concentrazione, sonno, fino a ritardi nella crescita del bambino. Dunque, è fondamentale intervenire, preventivamente, coinvolgendo i genitori.

Tab. 6 – Importanza mensa scolastica Bio nelle primarie di Rimini

Quanto è importante, a suo avviso, che l'alimentazione nelle mense scolastiche sia per la gran parte biologica?	
	%
Molto importante	54,6
Importante	34,6
Poco importante	8,2
Non importante	1,8
Non so	0,7
Totale	100,0

[1] Il riferimento è alle aree geografiche in cui l'accesso al cibo sano e a prezzi ragionevoli, come frutta fresca, verdura di stagione, alimenti ricchi in proteine è limitato o inesistente.

Il biologico cattura. I genitori lo vedono con un'etichetta migliore, un prodotto da preferire poi di fatto sta nelle abitudini familiari apprezzarlo (Insegnante 1, focus group - giugno 2020).

È bello tutto il discorso sul biologico perché è un tornaconto che ce l'avrai un domani sul fisico dei ragazzi. Sarebbe ancora più bello se nelle scuole si servisse tutto biologico (Genitore 1, focus group - novembre 2020).

Al fine di delineare il grado di soddisfazione, da parte di genitori e alunni, del servizio di refezione scolastica si analizzano alcuni aspetti emersi nel questionario, come consapevolezza, gradimento dei bambini, soddisfazione della varietà, qualità e quantità del menu, costo, integrati da alcune narrazioni dei *problem centered experts* (Döringer, 2020), testimoni chiave coinvolti (mediante interviste semi-strutturate e focus group) per approfondire alcune prospettive sul tema trattato. I genitori rispondenti sembrerebbero avere ben chiaro il valore che un'alimentazione Bio a scuola possiede: solo l'1,8% di essi la giudica "Non importante" e l'8,2% "Poco importante" (tab. 6).Tale consapevolezza, da un'analisi più complessa, statisticamente significativa, rispecchia una consequenziale e tutt'altro che scontata influenza nelle scelte a casa: il 51,3% dei genitori riminesi che reputa "molto importante" l'alimentazione Bio a scuola, consuma Bio tutti i giorni o quasi a casa mentre nessuno dei genitori che la valutano "Non importante" consuma Bio a casa.

Faccio la marmellata con delle arance biologiche. In generale, uso questo tipo di prodotti e uso anche la pasta integrale. È un sapore che piace (Genitore 2, focus group - novembre 2020).

Mio figlio non ha problemi in generale col cibo biologico a scuola anche venerdì – lui è un amante delle insalate di riso con ceci – non ha avuto problemi anzi è tornato a casa stra felice. Lui a volte se la mangia anche a colazione l'insalata di ceci. A casa mangiamo bio e integrale e lui è abituato quindi non trova differenza in questo anzi mangia volentieri a scuola (Genitore 3, focus group - novembre 2020).

Tab. 7 – Gradimento, varietà, quantità/qualità e sostenibilità economica

Sua/o figlia/o gradisce le pietanze servite a mensa?		**Lei è soddisfatto della varietà dei menu proposti?**		**Lei è soddisfatto della qualità/quantità dei menu proposti?**			**Lei ritiene che il COSTO del servizio mensa sia:**	
GRADIMENTO		**VARIETÀ**			**QUALITÀ**	**QUANTITÀ**	**SOSTENIBILITÀ ECONOMICA**	
	%		%		%			%
Molto	14,0	Molto soddisfatto	21,0	Molto soddisfatto	9,7	10,8	Basso	0,4
Abbastanza	57,7	Soddisfatto	51,3	Soddisfatto	55,6	56,6	Equilibrato	59,3
Poco	24,0	Poco soddisfatto	21,0	Poco soddisfatto	18,6	19,0	Alto	40,3
Per niente	4,3	Non soddisfatto	5,6	Non soddisfatto	8,2	7,9		
		Non sono informato sui menu	1,1	Non sono ma mi fido	7,9	5,7		
Totale	100,0	Totale	100,0	Totale	100,0	100,0	Totale	100,0

Il grado di importanza che le famiglie riminesi hanno verso il Bio è, poi, condizionato anche dall'accessibilità in termini socio-economici: "molto importante" è la valutazione di genitori occupati (madri 87,6%; padri 93,8%) con istruzione medio-alta (madri 92,2%; padri 83,7%).

Per noi genitori la parola "biologico" significa spesa perché costa di più solitamente quindi purtroppo il genitore sa che è più buono/sano ma spesso non lo compra per il costo (Genitore 1, focus group - giugno 2020).

Il gradimento è il principale criterio che incide sulle scelte alimentari di bambine e bambini. Alcuni studi (Cavazza, Guidetti, 2020; Maietta, Gorgitano, 2016) rivelano come la formazione e l'acquisizione dei repertori alimentari individuali si sviluppino, già, nel periodo intra-uterino. L'esposizione precoce a un sapore presente nel liquido amniotico e nel latte materno, infatti, induce il gradimento per quel gusto ritrovato, successivamente, nei cibi solidi (Cavazza, Guidetti, 2020). Tuttavia, se fin da neonate e neonati si sviluppano propensioni, geneticamente, determinate, queste possono modificarsi, nel corso del tempo, interagendo con cultura, tradizioni e pratiche sistematizzate all'interno della famiglia. In tal senso, il gradimento può svilupparsi *sapore-sapore*, il sapore o l'alimento è accettato se consumato insieme ad uno già conosciuto e apprezzato; con *fenomeno della salsa bernese*, le proprietà sensoriali di un alimento sono associate a sensazioni o reazioni; *sapore-nutriente*, le preferenze vengono rivolte ad alimenti, altamente, energetici-calorici rispetto a quelli con basso valore calorico. In tal senso, cibi saporiti sono associati a situazioni di festa mentre quelli meno saporiti ad eventi negativi o poco entusiasmanti; per *mera esposizione*, il consumo regolare determina l'acquisizione di un sapore; *sazietà sensoriale specifica*, la monotonia alimentare non favorisce l'approccio a nuovi sapori; mediante *gusto, classe sociale e socializzazione della famiglia*, le proposte veicolate nel contesto familiare e sociale incidono sul comportamento alimentare. A questo, si aggiungono la sensibilità gustativa delle fibre afferenti che decifrano stimoli a sensazioni differenti; la capacità di metabolizzare determinati nutrienti senza conseguenze fisiologiche o disturbi dopo il consumo, la neofobia ossia la paura o riluttanza verso l'assaggio di cibi sconosciuti, la *pickiness* – "essere schizzinosi" verso un'ampia varietà di alimenti che permane anche dopo averli assaggiati. Il senso, la riconoscibilità e l'associazione dei sapori dei cibi ma anche l'esperienza personale e l'interazione sociale, quindi, influenzano il gradimento durante l'infanzia. Analizzando le risposte in tab. 7, il gradimento dei bambini che usufruiscono della mensa scolastica, nelle primarie di Rimini, risulta, per la gran parte, "abbastanza gradito" (57,7%). Tuttavia, si nota un 24% che gradisce "poco". Partendo dal presupposto che, spesso, l'idea di cibo sano e nutriente metta in ombra l'appetibilità, il lato sensoriale dell'esperienza alimentare, le risposte emerse possono dar origine a diverse riflessioni. In primo luogo, bambine e bambini non pensano, principalmente, alla salubrità del cibo ma alle percezioni gustative, olfattive, visive, uditive e tattili che ne derivano. E le sensazioni, gli odori, le forme, i colori, i rumori, le consistenze influenzano le loro scelte e il modo in cui rispondono agli stimoli dell'ambiente mensa.

Bisognerebbe lavorare sull'emulazione. Perché per emulazione ad esempio lo yogurt alla fine se lo mangiano tutti. Anche quello senza frutta (intero) iniziano a dire "sembrava facesse schifo, però si mangia" (Insegnante 1, focus group - giugno 2020).

A questo, si allineano le criticità strutturali, legate alle caratteristiche della mensa collettiva e "veicolata", in contenitori termici scaldavivande. Essa ha il limite di non riuscire a distribuire, contemporaneamente, pasti completamente "fumanti" come se fossero appena usciti da una cucina interna o con proprietà organolettiche inalterate. In tal senso, più vicino al punto di partenza della ristorazione appaltante si troverà il plesso scolastico, più le percezioni saranno migliori così come, all'interno dello stesso plesso, il gradimento sarà più positivo nelle classi servite prima rispetto ai

turni successivi. Inoltre, la gran parte dei bambini riminesi che accedono alle primarie arrivano da scuole materne con la cucina interna dove hanno avuto la possibilità di vedere chi gli preparava da mangiare avendo anche dei momenti di educazione alimentare in cui potevano

> andare in cucina a chiedere cosa stavano cucinando le cuoche e gli venivano proprio mostrati alcuni cibi prima della preparazione. Specie con le verdure, gliele facevano vedere intere la mattina e poi a pranzo gli portavano il risultato[2].

Senza, quindi, troppi passaggi dal momento della cottura alla tavola. Inoltre, se è vero che «solitamente mangiamo quello che ci piace, è anche vero che ci piace quello che siamo abituati a mangiare» (Cavazza, Guidetti, 2020, p. 145). La lente sociologica, con cui stiamo analizzando questi dati, ci porta ad associare, ancora una volta, il gradimento allo specchio delle famiglie. I genitori delimitano il campo di esperienza alimentare dei figli in base alla disponibilità, all'accessibilità e al valore nutritivo dei cibi proposti a casa. In particolare, nelle famiglie riminesi, lo scarso gradimento trova una correlazione con il livello di istruzione dei genitori: bambini che gradiscono "poco" le pietanze servite a mensa hanno madri (59,7%) e padri (71,7%) con un titolo di studio medio-basso.

La varietà, mediante combinazioni gastronomiche differenti distribuite su 5 settimane, è una peculiarità dei menu scolastici riminesi. Essa avviene intra-pasto – somministrazione di diversi alimenti nello stesso pasto – con l'obiettivo di supportare l'apporto nutritivo e stimolare l'esperienza sensoriale dei bambini. Riuscire ad offrire varietà, nella dieta, significa combinare alimenti con differenti caratteristiche nutrizionali ed energetiche facendo, particolare, attenzione ai prodotti d'origine vegetale – verdura e frutta – ma anche abituare il palato di bambine e bambine a sapori, consistenze, odori differenti (Crea, 2018). I genitori riminesi appaiono tendenzialmente "soddisfatti" (51,3%) della varietà dei menu mostrando, nonostante qualche perplessità, una prima apertura verso tale *modus operandi*. Emerge, con significatività statistica, che la soddisfazione della varietà dei menu da parte del genitore aumenta in relazione al crescere del gradimento da parte dei figli. Essa, inoltre, viene più apprezzata in famiglie che producono reddito e con un'elevata istruzione. Il 55,6% dei genitori riminesi rispondenti valuta "soddisfacente" il cibo somministrato a scuola (tab. 7). La qualità percepita è espressione soggettiva, culturale e relazionale degli utenti e delle loro famiglie che non implica una consequenziale comprensione della componente nutrizionale (SSRER, 2009). Per i genitori riminesi la qualità è associata al *feedback* dei figli che trova una correlazione significativa nel gradimento. Inoltre, una maggiore soddisfazione sulla qualità è associata alla sensibilità socio-culturale del genitore: tra coloro che assegnano un elevato grado di importanza alle pietanze Bio e che possiedono un titolo di studio alto.

Tab. 8 – Rating Foodinsider per posizione Rimini

	Anno Rating	**Posizione**
MENSE RIMINI	2021/2022 – 7° Rating	4^ classificate
	2020/2021 - 6° Rating	5^ classificate
	2019/2020 - 5° Rating	5^ classificate
	2018/2019 - 4° Rating	9 ^ classificate
	2017/2018 - 3° Rating	5^ classificate
	2016/2017 - 2° Rating	3^ classificate

[2] Intervista libera a Dietista della Ristorazione Mensa durante l'esperienza etnografica in una scuola materna comunale - ottobre 2020.

La reputazione delle mense riminesi, a partire dal 2016/2017, inoltre, è entrata nel *ranking* competitivo *Foodinsider*, un osservatorio sulle mense scolastiche[3] che monitora l'equilibrio nutrizionale e la qualità delle diete proposte a scuola, nei vari Comuni d'Italia, con l'obiettivo di trasformare il pasto a scuola in uno strumento di salute per i bambini. La qualità dei pasti viene valutata mediante una serie di indicatori che fanno riferimento a raccomandazioni internazionali e nazionali. Dalla prima partecipazione, le mense riminesi si collocano sempre ai primi 10 posti della classifica nazionale (tab. 8).

Recenti indicazioni, per prevenire l'obesità infantile, raccomandano che la preparazione dei pasti segua specifiche "grammature" sconsigliando "ripasso o bis" sia dal punto di vista nutrizionale che educativo. Se il modello alimentare, basato sulla "Piramide settimanale e giornaliera dello stile di vita italiano" (ALLEGATO D), raccomanda una regolazione specifica delle quantità, il modello sociale conduce verso una percezione soggettiva e familiare del mangiare. La sazietà, poi, risulta un decisivo metro di misura: *l'impossibilità spesso di poter accedere a quantità superiori o al "bis"* è un commento, ricorrente, sia all'interno del questionario che nei dialoghi emersi dalle osservazioni delle Commissioni Mensa (figg. 3). Per tali motivi, l'elemento più critico, del rapporto tra scuola/mensa-famiglia, appare quello relativo alle quantità somministrate nei piatti dei bambini. Se il 56,6% dei genitori rispondenti si dice "soddisfatto" della quantità servita sulle tavole scolastiche dei loro figli resta un notevole 26,9% che è "poco" o "non soddisfatto" (tab. 7). Ancora una volta la significatività statistica conferma che quasi 1 genitore su 2 si esprime con soddisfazione se il figlio gradisce le pietanze servite a mensa. Indagare la soddisfazione delle famiglie, in relazione ai pasti scolastici, vuol dire capirne anche il grado di sostenibilità da un punto di vista economico. Impegno e costi a carico del Comune, famiglie e addetti alla ristorazione scolastica sono, spesso, oggetto di insoddisfazioni. La distribuzione di un pasto completo, di "qualità", costa al genitore € 6,92 con tariffa ordinaria e € 5,30 con tariffa agevolata che, dal 2020, si è ulteriormente ridotta grazie al bonus "Mensa Bio" a € 4,55 a pasto[4]. Nonostante gli incentivi premiali che le mense riminesi hanno, recentemente, ottenuto, il 40,3% dei genitori valuta "alto" il contributo sostenuto (tab. 7). Secondo l'ultimo Rapporto di Cittadinanza Attiva (2021), infatti, l'Emilia-Romagna risulta una delle regioni più costose in termini di mensa scolastica, con una spesa media mensile di 103,20 € nella primaria. Rimini compare tra le città più care, con una spesa annua di circa 1272 euro (tariffa agevolata) e di circa 1660,8 euro (tariffa ordinaria). Ciò stabilisce che se da un lato l'offerta del pasto, completamente o prevalentemente, Bio risulta più sicuro e implementa la qualità; dall'altro lato inciderebbe sul "costo pasto", in media, dell'8-12% rispetto a un pasto convenzionale (Paltrinieri, 2019). E questo, non sempre riesce ad essere compreso nella sostenibilità economica familiare.

[3] Si tratta di un movimento che nasce nel 2015 da un gruppo di genitori al fine sia di monitorare l'equilibrio dei menu proposti nelle scuole che di essere da stimolo per migliorare la qualità del pasto. Il rating dei menu scolastici è caratterizzato da una classifica che si alimenta attraverso i dati di un questionario a punti. Per approfondimenti www.foodinsider.it/.

[4] La tariffa ordinaria viene pagata per pasto consumato dagli utenti con Isee = o maggiore € 35.000,01 o in assenza di Isee Tariffa; la tariffa agevolata è relativa al pasto consumato, per utenti con Isee = o inferiore € 35.000,00. Questi ultimi vedono ulteriormente abbattuta la tariffa di € 0.75/pasto grazie al bonus Mensa Bio come in comunerimini.it/ nsites/default/files/2021-02/circolPR37492520refezione%20MATERNE_SCUOLESTATALI as202122 0.pdf.

3.1. *Take-home food message: la mensa "riferita" dai bambini*

L'infanzia è, qui, considerata sia come categoria che come condizione sociale, una fase propedeutica in cui il bambino viene strutturato, culturalmente e socialmente, e preparato all'ingresso della vita pubblica rendendolo sempre più autonomo e responsabile delle sue scelte (Turmel, 2013). Nella fase evolutiva, i bambini sono stimolati a cercare un *take-home message* a conclusione di quanto gli viene raccontato. Un messaggio diretto o la parte di informazione, principale, nascosti tra le righe di una storia o di un'esperienza che hanno lo scopo di consigliare un comportamento corretto. Secondo la teoria della socializzazione dei *Childhood Studies* (Freeman, Mathison, 2009), poi, il bambino "matura" una matrice solida di significati attraverso tutti quei "messaggi" che sono inviati dalla famiglia, dai gruppi e dalle istituzioni con cui interagisce.

Tab. 9 – Frequenza e temi emersi nel confronto bambino-genitore sull'esperienza di mensa

A casa le capita di parlare con sua figlia/suo figlio di cosa mangia in mensa?		**Può specificare gli argomenti che sua figlia/suo figlio le riporta, più frequentemente, all'attenzione?**	
	%		**%**
Sempre	57,7	Gradimento	19,5
Spesso	30,8	Non gradimento	13,3
Qualche volta	9,7	Gradimento parziale	16,4
Raramente	1,1	Scarsa quantità	5,9
Mai	0,7	Presentazione estetica del pasto	8,2
		Accertarsi di "quanto", "cosa", "se"	36,7
Totale	100,0	Totale	100,0

In questo studio, pur privilegiando lo sguardo dell'adulto, si analizza quanto emerge da questionario in relazione al messaggio carpito dai bambini sui comportamenti alimentari. Si osserva, in *primis*, il dialogo che il genitore instaura col proprio figlio sulla refezione scolastica e gli argomenti che il bambino, in seguito all'esperienza diretta e quotidiana, riporta, più frequentemente, al genitore. Ovvero il *take-home food message*[5] che porta a casa. La gran parte dei genitori rispondenti riferisce (tab. 9) di avere "sempre" (57,7%) o "spesso" (30,8%) un dialogo con i propri figli. Solo il 9,7% dichiara di avere "qualche volta" delle conversazioni sull'esperienza della mensa, l'1,1% "raramente" e lo 0,7% "mai".

Ma quali sono gli argomenti che, più frequentemente, vengono riportati dai bambini? Le risposte alle domande aperte del questionario, sono state ricodificate per permettere di leggere le argomentazioni in maniera più polarizzata. Gli idealtipi emersi evidenziano atteggiamenti attivi del bambino che si concentra su "gradimento", "non gradimento", "gradimento parziale", "scarsa quantità", "presentazione estetica del pasto" e passivi in cui, tendenzialmente, si limita a rispondere alle domande del genitore. Più nel dettaglio, il 19,5% dei bambini riferisce cosa ha gradito mentre l'13,3% cosa ha gradito parzialmente e il 16,4% si focalizza su cibi che non sono stati affatto graditi. L'8,2% pone l'attenzione sulla presentazione estetica del pasto mentre il 5,9% sulle porzioni scarse. Il 36,7% ha, invece, un atteggiamento passivo ossia dialoga col genitore in relazione alla mensa rispondendo a precise domande che gli sono richieste sul "cosa" ha mangiato, "quanto" ha mangiato e se ha gradito. Inoltre, la gran parte dei bambini è molto precisa nel narrare l'esperienza visiva e sensoriale: *mi elenca con attenzione il pasto e mi dice se era buono o meno*;

[5] Il "take-home message" nelle storie per i bambini è il messaggio nascosto tra le righe degli eventi narrati, una sorta di "morale". Qui si introduce la parola "food" (cibo) per focalizzare l'attenzione sul potenziale apprendimento nell'esperienza in mensa scolastica.

gli piacciono le zuppe, soprattutto quella d'orzo, non gradisce la verza, oppure *si lamenta se il cibo risulta freddo e spesso fa paragoni con quello che mangiava alla materna dove la cucina era interna; mi dice che il pesce "puzza"; non apprezza la frittata che paragona alla spugnetta per lavare i piatti.*

4. L'attività fisica nella scuola primaria

L'attività motoria è risorsa propedeutica, pervasiva, persistente ai fini dell'apprendimento e dello sviluppo fisico e cognitivo del bambino in ambito scolastico. Per tali ragioni, essa va valorizzata all'interno delle esperienze formative, in forma sia specifica che trasversale, sia proto che interdisciplinare (Moliterni, Magnanini, 2020). Educare all'attività fisica, nel curricolo della scuola primaria, significa non solo tentare di focalizzarsi sullo sviluppo di competenze e abilità psico-motorie del bambino ma anche educarlo al corpo e alla corporeità attraverso un agire intenzionale, efficace ed efficiente, che influenzi il suo stile di vita nel tempo (Cazzoli, Lanza, 2020). Scopo dell'educazione motoria è porre al centro corpo e corporeità in una *embodied education* ossia esperienze formative all'interno della giornata scolastica che coinvolgano la fisicità stimolandone le varie forme e il lato espressivo. In tal senso, l'attività motoria potenzia il bambino e facilita il suo sviluppo fisico, emotivo e cognitivo (Moliterni, Magnanini, 2020). Inseriti in un modello pedagogico, cosiddetto socio-costruttivista ed ecologico, gli obiettivi motori da raggiungere nella scuola primaria sono, teoricamente, impostati ponendo l'alunno al centro. La costruzione didattica mira all'acquisizione di una coscienza del corpo quale strumento espressivo, collocato in uno spazio-tempo, in cui si entra in relazione con il movimento libero o regolamentato, individuale o di gruppo influendo, positivamente, su *fair play, fair health e fair wellness.* Il 65,2% dei bambini riminesi coinvolti, fa attività fisica per 1-2 ore da curricolo scolastico (tab. 10). Ci sono, poi, primarie che trovano spazio per allungare il tempo dedicato al movimento: il 17,9% tra 3-4 ore e il 6% 5 o più ore.

Tab. 10 – Frequenza ore educazione motoria nelle primarie di Rimini

Attualmente dal lunedì al venerdì, può quantificare quante ore alla settimana sua/o figlia/o fa attività strutturata di educazione motoria	
	%
1-2 ore	65,2
3-4 ore	17,9
5 o piu	6,0
Mai	11,0
Totale	100,0

L'attenzione, inoltre, ricade anche su quell'11% che non fa mai o non fa più educazione motoria da quando con i vari decreti e ordinanze anti COVID-19[6] si è prima sospeso l'educazione fisica nelle scuole di primo ciclo e poi la si è reintrodotta solo per le classi e i plessi che potevano rispettare il distanziamento (2m al chiuso e 1m all'aperto). La valorizzazione all'attività fisica a scuola, quindi, per funzionare dovrebbe partire dalle 2 ore curriculari previste, pianificarle, possibilmente, in due giorni differenti della settimana e ampliare tale condotta in una sinergia con altri progetti, proposte didattiche anche prevedendo la compartecipazione dei genitori e della comunità. Alcuni studiosi (Casolo *et al.*, 2016) dimostrano che, se ben organizzate, le giornate "motorie" scolastiche implementano circa il 6% delle capacità

[6] Cfr. Decreto del Presidente della Regione Emilia-Romagna del 12 novembre 2020.

motorie – destrezza, forza, resistenza – del bambino nonché il suo stile di vita. I bambini, anche quelli che solitamente fanno fatica e sono un po' più pigri, possono essere motivati con attività molto semplici:

> dobbiamo uscire dai canoni dello sport edificato perché non è inclusivo ma esclusivo ossia chi è bravo si diverte e chi non è bravo soffre. Quindi tornare a giochi molto semplici ossia giochi tradizionali-popolari che chiunque può fare e può inventarsi perché non ci sono tecniche specifiche da apprendere ma solo applicare il movimento naturale. Ritorniamo alle abilità motorie di base e a giochi che durino poco che non stanchino il bambino e siano in forma ludica. Sono i canoni fondamentali che abbiamo visto funzionare. Il problema grosso è, poi, non perderli quando escono dalla scuola dell'infanzia che sono motivatissimi a muoversi. Arrivano nella scuola primaria si siedono a un banco ed è finito tutto. Dopo si abituano a questa vita sedentaria e perdono questo bisogno non primario che viene pian piano anestetizzato (Insegnante 1, intervista - dicembre 2020).

Le buone pratiche, per implementare l'azione fisica e motoria, nelle scuole primarie riminesi, sono evidenziate nella sintesi di tab. 11. Quasi tutte le scuole possiedono una palestra o in alternativa spazi *indoor* polivalenti o specificamente dedicati per promuovere una didattica attiva.

Tab. 11 – Servizi preposti all'attività fisica e motoria nelle scuole primarie di Rimini[7]

Ore curriculari motoria	***Palestra***	***Spazi outdoor***	***Spazi indoor per didattica attiva***	***Progetti sportivi ampliamento curriculare***	***Servizio Piedibus***
ZONA O PROSSIMITÀ CENTRO STORICO (n. 2 Plessi)					
1	✓	✓	✓	X	✓
1	✓	✓	✓	X	X
ZONA LITORANEA (n. 3 Plessi)					
1	✓	✓	✓	✓	X
1	X	✓	✓	✓	✓
1	✓	✓	✓	✓	X
ZONA PERIFERIA (n. 5 Plessi)					
1	✓	✓	✓	✓	X
2+3	✓	✓	✓	✓	X
2+2	✓	✓	✓	✓	✓
2+3	✓	✓	✓	✓	X
2+2	✓	✓	✓	✓	X

L'idea è che la palestra possa allargarsi verso tutti gli ambienti fruibili dell'edificio scolastico. Tutte le scuole, poi, sono dotate di cortile o giardino in cui la gran parte sta sperimentando la *Biblio-Garden* o l'aula all'aperto, una modalità di fare didattica in cui al centro si colloca l'azione più che la mera ricezione. In tal modo, si agevola l'apprendimento funzionale di base, leggere, scrivere, matematizzare, i processi di lateralizzazione, l'orientamento spazio-temporale finanche una migliore gestione dei problemi dell'apprendimento. La scelta dei progetti di ampliamento curriculare, orientati al movimento concorrono a stimolare atteggiamenti inversi allo stile sedentario. Comune a quasi tutte le primarie analizzate, il Progetto "Lo Sport in Classe" che anche mediante un Tutor Sportivo competente in classe, promuove, per gli alunni, i valori educativi dello sport come mezzo di espressione e di inclusione. In ultimo, ma non per importanza, l'attivazione in alcune zone del territorio riminese, a partire dal 2007, del servizio "Piedibus", una iniziativa che offre l'opportunità ai bambini di raggiungere la scuola a piedi, in piena sicurezza. Riportando le parole di un insegnante di educazione motoria (intervista - dicembre 2020):

[7] Sintesi estrapolata dai Piani Triennali Offerta Formativa 2022-25 e dalle testimonianze delle Insegnanti.

la scuola è l’unico ambiente che può garantire queste sane abitudini a tutta l’utenza. È l’unico posto che può garantire questa prevenzione sanitaria alle generazioni.

6. *L'Emilia-Romagna come country example*

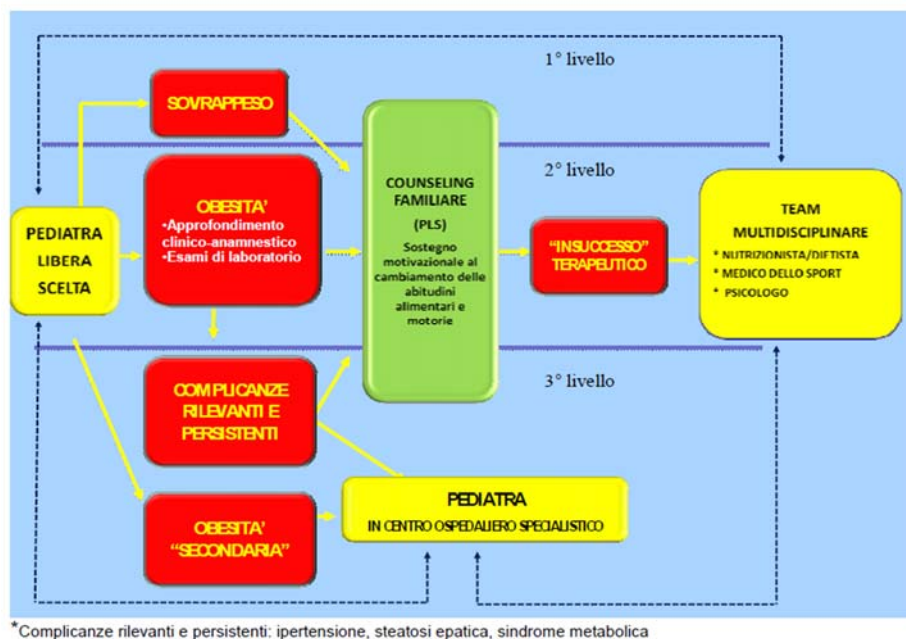
Buone abitudini alimentari e sani stili di vita vengono acquisiti e mantenuti, lungo il corso di vita, in un percorso che dovrebbe essere coerente tra le figure educative di riferimento per il bambino come la famiglia (con particolare riguardo verso la madre), la scuola ma anche il contesto territoriale e istituzionale. Anche quest'ultimo, può favorire o ostacolare comportamenti alimentari e stili di vita, più o meno, virtuosi, durante il percorso evolutivo. Nell'idea che un ambiente di vita favorevole instauri una "rete di protezione" per la crescita del bambino si analizza, qui, il contributo che il contesto istituzionale riminese offre nella costruzione di un approccio consapevole alla salute aperto a tutte le politiche (Leppo, Ollila *et al.*, 2013).

1. Il modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso: un *country example* per l'Organizzazione Mondiale della Sanità

Lo stile di vita, alimentare e motorio, non è solo un processo verso cui tendere ma anche un obiettivo da ricostruire quando lo stato ponderale, in età infantile, risulta, pericolosamente, in eccesso. Dalla prospettiva medico-sanitaria, Rimini è il territorio da cui un gruppo di medici è stato ispirato per mettere a punto, nel corso del tempo, quello che, attualmente, è per l'intera Emilia-Romagna un *Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso*[1]. Tra la seconda metà degli anni '90 e gli inizi del 2000, alcuni medici dello sport dell'Ausl di Rimini si rendono conto, in primo luogo, che i bambini che si sottoponevano ai test di idoneità all'attività agonistica riportavano un livello di obesità sovrapponibile a quello della popolazione di riferimento; in secondo luogo, che tale eccesso di peso, spesso molto importante, veniva intercettato tardi, tra gli 8 e i 12 anni. Confrontandosi con i pediatri ospedalieri, realizzarono che a questi ultimi accadeva il contrario ovvero che i bambini che richiedevano loro una visita erano in un banale sovrappeso e non, come di competenza, in obesità grave o complicata da comorbidità. *Nessuno si era mai preoccupato o si era mai fatto due conti*[2]. Ciò fa emergere la presenza di un cortocircuito nel sistema e l'esigenza di far nascere, nel tempo, l'idea di una *task force*, multicomponente, che si occupasse di presa in carico del bambino sovrappeso o obeso su più livelli[3]. Inizia così un percorso che, nel 2013, diverrà modello regionale e che – per la complessità delle cause, la variabilità del grado di severità, le implicazioni di salute, gli interventi preventivi e terapeutici – si articola su 3 livelli integrati tra territorio e ospedale (fig. 1). Tutti i livelli sono stati pensati *in un percorso che avesse sempre il pediatra di libera scelta come attore principale*[4].

[1] Cfr. salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/rapporti/contributi/Contributi762013. pdf.
[2] Dalle parole del Medico 1, intervista ottobre 2020.
[3] La ricostruzione cronistorica è avvenuta grazie alle interviste preliminari esplorative rilasciate dal gruppo dei medici fondatori del modello descritto.
[4] Medico 1, intervista ottobre 2020.

Fig. 1 – Modello "a rete" di presa in carico del bambino sovrappeso o obeso

*Complicanze rilevanti e persistenti: ipertensione, steatosi epatica, sindrome metabolica

Fonte: Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso, p. 17

Durante l'intero periodo considerato sensibile al rischio di eccesso ponderale e che si sviluppa dalla fase prenatale ai primi anni di vita proseguendo nell'età scolare e adolescenziale, il pediatra di libera scelta (PLS) deve porre in essere strategie di prevenzione attiva relative al monitoraggio della crescita intercettando eventuali traiettorie obesogene e focalizzandosi su un'educazione olistica bambini-genitori a stili di vita equilibrati, attivi, regolari (SSRER, 2013).

> Non facciamo molta enfasi sul dimagrire perché crea ansia, lo si vede un obiettivo lontano e vorremmo evitare l'abbandono. Si lavora sul cambiamento dell'abitudine alimentare, motoria e sul migliorare (Dietista 1, focus group - novembre 2020).

Essere in presenza di una situazione, potenzialmente, a rischio attiva il modello di presa in carico che tratterà sovrappeso o obesità in funzione della gravità clinica del bambino. All'interno del primo livello, l'intervento ha un'intensità bassa e la gestione avviene avvalendosi del *counselling familiare* ossia la costruzione di un'alleanza terapeutica che resta territoriale ma che coinvolge, attivamente, la famiglia prevedendo una vera e propria riedificazione educativa alimentare – apprendimento di una corretta composizione nutrizionale, porzioni adeguate per l'età, ripartizione dei pasti giornalieri, modalità di assunzione, percezioni relative al cibo, metodi di preparazione e di cottura, interpretazione delle etichette – oltre ad intervenire su at-

tività fisica e sostegno psicologico (SSRER, 2013). Quest'ultima figura, inizialmente, *per una serie di motivi era solo un consulente nominale*[5], recentemente, è entrata di fatto nel team permanente poiché *abbiamo sempre più casi complessi e per sciogliere nodi e situazioni complicate la psicologa è importantissima*[6]. La valutazione anamnestica e clinica di essere dinnanzi ad un'obesità primaria che escluda forme più gravi, invece, dà accesso al secondo livello di presa in carico. Il bambino, inizialmente, continua ad avere un trattamento ambulatoriale supportato dal *counseling familiare* ma dovrà dimostrare un cambiamento, misurabile, dal punto di vista comportamentale, antropometrico, metabolico e psicosociale in massimo 6 mesi. Trascorso tale periodo, l'eventuale insuccesso terapeutico determina la presa in carico da parte di una rete multi-professionale composta da nutrizionista/dietista, medico dello sport, psicologo per favorire una educazione alimentare e comportamentale sinergica e duratura. L'inefficacia della presa in carico di livello 2, complicanze rilevanti e persistenti o casi di obesità secondaria danno accesso al livello 3 ossia la presa in carico da parte di un centro ospedaliero specialistico che consente al pediatra ospedaliero (PO) di focalizzare l'attenzione sulla obesità grave e complicata pur mantenendo vivo e aggiornato il rapporto con il PLS in un'ottica multidisciplinare unica a garanzia dell'unitarietà del percorso. Tale modello olistico, recentemente, ha avuto l'attenzione e gli onori anche del WHO (2019a) che ha citato l'Emilia-Romagna quale *country example* italiano per la risposta dei sistemi di assistenza sanitaria nella prevenzione all'obesità infantile. Secondo i parametri dei primi *Health Equity Audit* - strumento per comprendere da un punto di vista bio-sociale il grado di correlazione tra obesità e diseguaglianze socio-economiche nonché valutare l'impatto che il modello di presa in carico ha sulla gestione pratica al sovrappeso e all'obesità infantile (e che si approfondirà nel prossimo paragrafo) – si sono notati riscontri positivi. Dai dati di presa in carico del team multidisciplinare sul territorio riminese, emerge che il profilo dei bambini che entra nel percorso è largamente sovrapponibile con il quadro delineato dai dati dell'indagine Okkio alla salute (AUSL Rimini, 2019). Inoltre, la presa in carico, sul territorio riminese, risulta efficace soprattutto per bimbi obesi con genitori poco istruiti mentre deve essere implementata per quelli provenienti da famiglie straniere (Fridel, 2020; Emilia-Romagna, 2018). Tale sistema, in linea generale, sembrerebbe accrescere l'*empowerment* delle famiglie inteso come una corretta consapevolezza, percezione e comprensione dello "stare in salute" del bambino nonostante le difficoltà. Un dato incoraggiante, per quel 32,7% di bambini sovrappeso o obesi che si rilevano da questa indagine, i cui circa 2/5 provengono da famiglie socio-economicamente meno abbienti (titolo di studio basso: 44,4% madri; 43,2% padri e non occupati 34,9% madri; 26,7% padri).

2. *Health Equity Audit*: prevenire l'obesità, allontanare le diseguaglianze

> … poi lo stesso gruppo ha in qualche maniera preso atto che la prevenzione all'obesità infantile da meno 9 (i mesi di gravidanza) a 3 anni – il focus è sullo screening in gravidanza e ovviamente nella primissima infanzia – è fondamentale (Medico 1, intervista - ottobre 2020).

Le esperienze del passato, connesse ad evidenze nella letteratura scientifica, hanno condotto lo stesso gruppo di lavoro riminese a cercare delle soluzioni, fin prima della nascita, per predisporre interventi a carattere multifattoriale in grado di svolgere un

[5] Dalla narrazione del Medico 1, intervista ottobre, 2020.
[6] Dalle parole della Dietista 1, focus group già citato.

ruolo attivo in tutti gli ambienti educativi (Di Mario *et al.*, 2017). Ricalcando l'esperienza del modello di presa in carico, la strategia di prevenzione primaria viene costruita osservando i criteri di efficacia e sostenibilità potenziali delle famiglie.

> Per delineare e orientare meglio il nostro percorso proprio a Rimini abbiamo fatto un equity audit che analizzava soprattutto degli aspetti di bambini già patologici (presa in carico terapeutica) utilizzando la tecnica del focus group e volevamo valutare se il percorso che avevamo messo in atto perseguisse anche obiettivi di equità (Medico 2, intervista - novembre 2020).

Questo interesse porterà, nel 2014, il team di lavoro riminese a diventare rappresentanti per l'Emilia-Romagna nel progetto del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute sulla stesura di un *Health Equity Audit nei piani regionali della prevenzione in Italia* (Silvestrini, Marra, 2018; Epicentro, 2018). Un progetto, nato a seguito delle raccomandazioni europee e della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, coordinato dalla Regione Piemonte con la collaborazione di Emilia Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana e Veneto.

> … abbiamo progettato a Milano due anni fa un Congresso sull'*equity health* a livello nazionale con le varie componenti quindi i genitori di bambini obesi, le associazioni locali, società sportive, i responsabili dei pediatri per capire bene quali erano appunto le eventuali componenti e se erano presenti diseguaglianze socio-economiche e come potevano essere affrontate anche per poi fornire un modello nelle varie realtà quindi anche questo aspetto sociologico e di equità di approccio ai percorsi sanitari è stato studiato in maniera specifica a partire da Rimini (Medico 1, intervista – ottobre 2020).

Il progetto *Health Equity Audit* si propone di essere uno schema di riferimento per identificare i meccanismi di generazione delle diseguaglianze di salute applicati al territorio. Le azioni di prevenzione e promozione della salute si realizzano all'interno di sei specifiche aree di intervento (percorso pre-post nascita, medicina di iniziativa, scuola, lavoro, comunità, ambiente) in relazione agli obiettivi centrali del Piano Nazionale della Prevenzione. Questi ultimi dovranno, poi, essere inglobati, operativamente, in interventi specifici all'interno dei Piani regionali di prevenzione. Su queste direttrici, le Regioni che si occupano di coordinare o collaborare all'interno dei differenti *setting* e temi di competenza hanno messo a disposizione la propria esperienza (Epicentro, 2018). L'Emilia-Romagna ha definito il progetto-azione di contrasto ad obesità infantile e sedentarietà in target specifici condividendo il proprio modello di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso a cui se ne affianca uno focalizzato sulla relazione madre-figlio pre-post nascita. Gli interventi pensati e finalizzati dallo staff medico riminese cercano di sostenere in modo coordinato e continuativo le fasi preliminari di vita. In particolare, si prevede:

- durante la gravidanza un aumento di conoscenza e consapevolezza di buone pratiche veicolate dalle strutture e dagli operatori sanitari deputati alla programmazione del piano assistenziale della donna incinta. Il *counselling motivazionale* è una tecnica attivata per far sviluppare una propensione al miglioramento delle abitudini alimentari e motorie. In casi di specifico sovrappeso o obesità o di eccessivo aumento ponderale si attiva, poi, un percorso di presa in carico in *equipe* modificato che coinvolga – ginecologo, ostetrica, dietista – sia a livello territoriale che, eventualmente, ospedaliero;

- dopo la nascita e nei primi anni di vita essenziale diviene il supporto dei pediatri di libera scelta (PLS). Nello specifico, per quanto riguarda l'allattamento al seno, prima esclusivo e poi complementare[7], devono essere fornite indicazioni pratiche e diffusa la conoscenza e la sensibilizzazione sull'utilità di tale modalità di nutrimento. Nella fase di alimentazione complementare, poi, si sollecita l'acquisizione, precoce di sane abitudini per sviluppare un buon rapporto con il cibo.

L'esperienza sottolinea, infatti, come la distribuzione ineguale di alcune variabili socio-economiche incida sull'assistenza alla donna incinta e negli esiti di salute nel periodo peri e post natale (Palazzi *et al.*, 2019).

> Alla prima visita rileviamo i dati del bambino ma anche la storia della mamma (quanto è aumentata in gravidanza, l'allattamento) poi i dati riguardanti l'età dei genitori, peso/altezza così capiamo a che punto siamo col loro BMI, lo stato nutrizionale, attività lavorativa (part-time, tempo pieno, stagionale), cittadinanza, stato civile (separati, mono-genitori). L'aspetto sociale è molto importante, sappiamo che l'obesità colpisce molto la popolazione più fragile che ha meno accesso agli alimenti sani e ne sanno di meno e, spesso, hanno già una storia di obesità alle spalle quindi vedono questo obiettivo un po' troppo grande per la loro capacità quindi ci dobbiamo occupare anche di equità di trattamento (Dietista 1, focus group - novembre 2020).

> Sì quei dati lì ci fanno capire che spesso l'obesità è presente nelle famiglie con basso reddito oltre a un basso grado di istruzione (Dietista 2, focus group novembre 2020).

L'*Equity Audit* è uno strumento che, anche in questa fase, aiuta a monitorare l'equità di salute materno infantile osservando l'emergere di eventuali diseguaglianze di salute in termini di (*health*) *literacy* e politiche di sostegno con attenzione anche all'accessibilità ai servizi socio-sanitari. Secondo il Rapporto sull'equità prenatale e perinatale (Palazzi *et al.*, 2019), in linea generale, Rimini mostra una positiva attenzione per la salute materno infantile con un quadro che rivela non solo l'accessibilità e l'inclusività nei percorsi disponibili per l'assistenza alla gravidanza e per la tutela dei primi anni di vita del bambino ma anche livelli di eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) pre gravidanza migliori rispetto alla situazione romagnola e regionale. Tuttavia, alcune criticità si osservano tra madri con cittadinanza straniera, titolo di studio basso, disoccupate o casalinghe (Palazzi *et al.*, 2019).

3. Famiglia-scuola e altre istituzioni: una coalizione in costruzione

Il dialogo bambini-famiglie, scuole, istituzioni politiche e sanitarie è il punto da cui partire per creare un contesto che prevenga la trasmissione sociale di stili di vita obesogeni e intervenga, tempestivamente, nella ricostruzione del "peso in salute". Una coalizione che, nel territorio riminese, è in costruzione. Attualmente, il Comune di Rimini, ad esempio, sostiene scuola e famiglie in progetti come quello sull'educazione alla sostenibilità sociale con particolare attenzione verso la cura, la rigenerazione e il mantenimento di aiuole e orti urbani comuni utili che ponga attenzione "dal seme alla tavola". L'Ausl di Rimini, invece, offre attività integrativa scolastica ai bambini che stimoli il consumo di frutta e verdura in famiglia e ai genitori attività

[7] Per "allattamento esclusivo" si intende la nutrizione del neonato solo mediante latte materno senza aggiunte di altri liquidi fatta eccezione per i farmaci (vitamine in gocce) mentre "allattamento complementare" si riferisce al latte materno con aggiunte di latte artificiale, liquidi nutritivi, alimenti semisolidi o solidi (Di Mario *et al.*, 2017).

laboratoriali di cucina gratuiti in cui apprendere ricette sane e promuovere corrette abitudini alimentari. Infine, la ristorazione collettiva, in molteplici occasioni, nel corso dell'anno, apre le porte delle proprie cucine a bambini e adulti al fine di apprendere tecniche di cottura, modalità di preparazione ma anche prendere parte ad alcune attività specifiche in cui cimentarsi nella preparazione di piatti in modo condiviso.

7. *“Covibesity”: l’irrompere della pandemia da Covid-19 nelle abitudini delle famiglie riminesi*

Covid e Obesità: gli effetti di una “doppia” pandemia

Il COVID-19 e le misure di contenimento al virus, producendo cambiamenti nelle abitudini alimentari e negli stili di vita, hanno inciso sull’aumento di peso nella popolazione globale. Con particolare attenzione verso la salute dei bambini, studi precedenti (von Hippel, Workman, 2016; Wang *et al.*, 2015) e recenti (Pietrobelli *et al.*, 2021) sottolineano come l’interruzione del programma scolastico in presenza, non solo abbia sottratto struttura alla quotidianità ma abbia esposto ad un maggior rischio di sovrappeso e obesità. Nello specifico, durante i primissimi mesi del *lockdown*, i bambini italiani si sono allontanati dal cibo salutare ed hanno, altresì, consumato più carne rossa, zuccheri e *junk food*, passato 5 ore in più davanti a uno schermo e di conseguenza l’attività fisica è diminuita di oltre 2 ore a settimana (Pietrobelli *et al.*, 2021). Inoltre, recenti indagini sovranazionali (Atlas, 2022) confermano una importante correlazione tra sovrappeso/obesità e COVID-19 con aumenti della mortalità di circa dieci volte superiori.

Alla base del discorso che si intraprenderà su infanzia, Covid e obesità, vi sono gli effetti che il contesto spazio-temporale stressante del *lockdown* ha generato nelle abitudini alimentari e negli stili di vita delle famiglie riminesi. Si introduce, a tal proposito, il concetto di *Covibesity* (Plava, 2023) quale termine per definire un’obesità situazionale che, a seguito delle misure di contenimento, si è originata mediante comportamenti alimentari e di vita degli individui ma anche dovuti allo status socioeconomico influendo sulla salute. Non è stato infrequente, infatti, osservare come l’esposizione al rischio sanitario, sociale, economico delle famiglie italiane, durante la pandemia, le abbia avvicinate all’acquisto di quantità elevate di prodotti industriali e di scadente qualità a costi abbordabili. Se guardiamo a tali evidenze, sembrerebbe che gli effetti dovuti al consumo di enormi quantità di cibo a basso prezzo, davanti ad un contesto sedentario e precario, incidano, prepotentemente, nelle famiglie più svantaggiate confermando, secondo l’inversione delle tendenze dei vettori ambientali (Popkin, 2012), che legandosi insieme, Covid e obesità, genererebbero non solo una “doppia” pandemia ma un ulteriore peso quale “malattia dei poveri”. Per approfondire questo punto, si lascia che la sezione del questionario dedicata alle *Abitudini alimentari durante i vari lockdown* dialoghi con le narrazioni esplorative e sistematizzate dei *problem centered experts* (Döringer, 2020) ossia i testimoni coinvolti con interviste e focus group.

1. “Restate a casa”: la nuova quotidianità delle famiglie in quarantena

L’emergenza sanitaria ha circoscritto all’ambiente casa la quasi totalità della vita. “Restate a casa” è stata la prima regola che ha obbligato tutti a ri-organizzarsi all’interno delle mura domestiche. Così, ognuno con quello che aveva a disposizione, ha cercato di ricavarsi degli spazi per la convivenza, si è ritrovato in cucina, si è accorto di aver fatto un buon investimento a comprare quella casetta con giardino o rimpiangerne una anche solo con un piccolo balcone. Non solo, ma nella ridefinizione di

questo ordine stra-ordinario, la popolazione in quarantena si è espressa in comportamenti che hanno evidenziato tratti socio-culturali specifici. Come nella gran parte dei paesi nel mondo, gli italiani hanno svuotato gli scaffali alimentari di lievito e farina. Un *deja-vu* che, inevitabilmente, riporta a quel passato raccontato dai nonni sulla guerra quando oltre a scappare dai bombardamenti si pensava a come sfamarsi e sfamare le proprie famiglie.

Mutamento di bisogni, ricerca di pratiche, un ineluttabile cambiamento anche nelle abitudini alimentari e nell'(in)attività fisica. La vita in quarantena della gran parte, degli italiani è trascorsa "con le mani in pasta" o seduti davanti ad uno schermo (Di Renzo *et al.*, 2020). Ricette fatte in casa, gesti e manualità sono diventate la nuova modalità per alleviare la sensazione di stress e ansia. Tuttavia, l'eccesso di pane, pizze, focacce, dolci, stili di vita sintonizzati sulle piattaforme a distanza e limitate occasioni di attività fisica hanno determinato anche la conquista di chili di troppo. Lo scenario descritto, illustra in maniera generale quanto avvenuto durante il periodo emergenziale. Si consideri, però, che tali pratiche conservano alcune differenze a livello locale e regionale. In questa sede, infatti, si analizzeranno le abitudini alimentari e di vita registrati in Romagna, all'interno di questo studio, con particolare attenzione alla quotidianità delle famiglie riminesi.

1.1. Alimentazione e COVID-19. Il tempo del fare e del mangiare

La tradizione culinaria della Romagna è caratterizzata da una costellazione di piatti. Ogni città e ogni centro abitato vanta tipicità e reinterpretazioni di radice territoriale e contadina e dalla figura dell'Azdora o Arzdora la "reggitrice" del focolare, custode, attenta e appassionata, delle tradizioni gastronomiche. Se cappelletti e piada rappresentano un vero fenomeno di costume, la realtà storica e geografica offre anche una cucina di mare, legata alla pescosità dell'Adriatico, ricco soprattutto di pesce azzurro.

> L'Emilia-Romagna ha il "problema" della cucina romagnola che è prettamente calorica (carne, sughi, olio) cose che magari altre Regioni hanno una prevalenza di verdure. La cuoca romagnola se non mette 3 dita di olio sopra il ragù non è ragù per lei (Genitore 1, focus group - novembre 2020).

Durante l'emergenza COVID-19, l'alimentazione ha avuto una funzione strutturante nell'organizzazione sociale e nel gruppo umano recuperando le tradizioni derivanti dalla cultura del passato. Tuttavia, nel vano "cucina" non si è soddisfatto il mero bisogno "nutritivo" ma si è originato anche un incontro simbolico, conviviale e di compensazione emotiva, da parte degli individui, variabile in base al vissuto personale affrontato da ciascuna famiglia e ai fattori strutturali in possesso davanti alla crisi sociale – rottura sociografica (Maturo, Moretti, 2020) – che il COVID-19 ha originato.

Il questionario rivela che il 64% delle famiglie sembra essere riuscita a mantenere invariate le abitudini alimentari, durante i *lockdown,* mentre il 19,8% afferma di aver subito un peggioramento.

> Soprattutto nella prima fase di chiusura totale ho notato il fatto di mangiare in orari molto sregolati a ritmi più ravvicinati forse per noia, per compensare qualcos'altro, i pasti erano più frequenti. E questo ci ha portato molta confusione e qualche chilo in più (Genitore 2, focus group – febbraio 2021).

Davanti a particolari situazioni di stress, le disfunzioni familiari incidono molto sulle esperienze infantili in termini di esiti di salute (Hemmingsson, 2018). Secondo analisi più complesse, e tutte statisticamente significative, emerge che le abitudini alimentari di questa minoranza di famiglie sono peggiorate per: l'88% a causa di pasti non sempre attenti ed equilibrati; il 60,7% perché i bambini hanno mangiato, più del solito; e il 65,6% ha consumato più *junk food* (cioccolata, dolci di varia natura, patatine, snack salati) e/o *soft drinks* (bevande gassate o zuccherate).

> Devo dire che sono stata un po' più accondiscendente verso cibi che normalmente non entrano in casa nostra (Genitore 3, focus group – febbraio 2021).

> Avevamo più voglie. Dunque era più una questione di gusto, per aggiungere un po' di emozione alla giornata (Genitore 2, focus group – febbraio 2021).

All'interno del 19,8% delle famiglie che lamentano peggioramenti nelle abitudini durante i *lockdown*, altri fattori che hanno influito negativamente sono: per i bambini l'aumento del tempo inattivo in casa (60,5%) e più di 3h al giorno trascorse davanti agli schermi (55,7%); per gli adulti, il cambiamento nelle modalità di lavoro (53,6%). I fattori che, invece, per la gran parte della popolazione osservata (64%), hanno influito positivamente sono stati il titolo di studio medio-alto della madre (92,4% "invariate", 88% "migliorate") e del padre (82,2% "invariate", 74% "migliorate"), la continuativa entrata economica durante tale periodo (56,8% "invariate" e 57,7% "migliorate"), la possibilità di avere uno spazio esterno e l'opportunità di stare in movimento (70,6% "invariate", 64% "migliorate").

> Io per fortuna ho mio marito che è un preparatore atletico quindi gli faceva fare ginnastica durante la settimana in giardino quindi avevano modo un po' di scaricarsi e non stavano sempre in casa (Genitore 4, focus group – febbraio 2021).

> Noi abbiamo la fortuna di abitare di fianco al Parco Pertini proprio a 100 metri di conseguenza quando è venuto comunque a mancare lo sport un giro all'aria aperta potevamo farlo (Genitore 2, focus group – febbraio 2021).

Tab. 1 – Colazione genitore rispondente e bambina/o durante i lockdown

Durante il periodo di lockdown, la mattina ha…		
	GENITORE	**BAMBINA/O**
	%	
fatto sempre colazione	88,0	93,2
fatto raramente colazione	6,5	3,2
iniziato colazione	2,9	1,0
saltato colazione	2,6	2,6
Totale	100,0	

Osservando i dati relativi alla colazione, il pasto principale della giornata, le abitudini, sia di adulti che di bambini, si rivelano soddisfacenti (tab. 1).

> Devo dire che ho avuto un riscontro positivo per la colazione nel senso che durante l'anno la fanno e non la fanno. Invece durante il lockdown la volevano fare tutti i giorni (Genitore 3, focus group – febbraio 2021).

Si deduce che, in questo momento della giornata, si è mantenuto o introdotto una regolarità la cui assenza influisce, particolarmente, sull'insorgenza di sovrappeso specie in età infantile (Crea, 2018). Il tempo da spendere in casa, inoltre, emerge quale variabile fondamentale per la dedizione al pasto:

… forse l'avere più tempo ci ha portato a essere più consapevoli della distribuzione della carne piuttosto che delle verdure…oggi abbiamo mangiato ceci e non li faccio la settimana prossima, abbiamo creato un programma su cosa si mangia nei quattro pasti (Genitore 2, focus group – febbraio 2021).

Il tempo che i genitori rispondenti dichiarano di aver dedicato alla cucina (tab. 2), 39,9% "Molto" e 51,6% "Abbastanza", conferma il quadro, sin qui, delineato per la famiglia media italiana.

Ah io durante il lockdown mi sono messa a fare sfoglie di tutto e di più ma fuori dal lockdown non so come partire quello che mi manca è il tempo. Torno a casa alle 19 come faccio a far la pasta fatta in casa? (Genitore 4, focus group - novembre 2020).

Nella prima fase del lockdown per dare una gioia in più abbiamo introdotto delle nuove ricette soprattutto nei dolci e abbiamo seguito un sacco di cuochi che facevano le dirette, dunque, è stato molto bello conoscere. Poi...io sono Argentina facevamo anche qualche piatto argentino e abbiamo fatto anche incursioni in diversi mondi come ricette ebraiche e dunque è stato bello (Genitore 2, focus group – febbraio 2021).

… abbiamo riempito il congelatore di pasta fresca, ci siamo proprio buttati sulla tagliatella a mattarello ecco (Genitore 5, focus group – febbraio 2021).

… soprattutto devo dire che ho smesso proprio di comprare biscotti perché praticamente tutta la pasticceria la facevamo a casa e abbiamo ritenuto delle ricette buone, dal muffin, al pane di banane. Ce ne sono diverse che prima del lockdown non erano parte della nostra dieta (Genitore 2, focus group – febbraio 2021).

Tab. 2 – Tempo e attenzione che il genitore ha dedicato ai pasti durante i lockdown

Durante il periodo di lockdown, quanto tempo ha dedicato alla cucina?		**Durante il periodo di lockdown, i pasti in famiglia erano:**	
	%		%
Molto	39,9	Più attenti ed equilibrati	48,7
Abbastanza	51,6	Non sempre attenti ed equilibrati	47,1
Poco	8,1	Assolutamente casuali e non equilibrati	4,2
Per niente	0,3		
Totale	100,0	Totale	100,0

Approfondendo la tipologia di attenzione nella somministrazione dei pasti casalinghi, emergono due pratiche contrapposte (tab. 2). Una parte delle famiglie sembrerebbe essere riuscita ad essere più attenta ed equilibrata mentre più della metà ha offerto pasti, talvolta, casuali. Se nel primo caso, il dato appare confortante, in termini di attenzione alla salute e opportunità per migliorare l'alimentazione; nel secondo caso, aumenta di conseguenza l'esposizione al rischio di sovrappeso e obesità sia di adulti che di bambini.

La preparazione attenta al cibo in cucina risulta caratteristica di famiglie con genitori con titolo di studio medio-alto (92,7% madri, 82,1% padri) e che non hanno subito cambiamenti lavorativi importanti durante il periodo pandemico di riferimento (56,1%). Analizzando, più nello specifico, i comportamenti dei bambini, si nota che, secondo la gran parte dei genitori rispondenti, il 57,1%, non evidenzia alcun cambiamento in rapporto al cibo mentre il 5,2% rileva che la/il figlia/o ha mangiato meno. Tra il 36% che ha mangiato di più troviamo bambini: sovrappeso o obesi (43,2%) che hanno consumato "più del solito" *junk food* (73%) e che non sono stati in movimento (45,9%). In questa sede, si rileva anche quell'1,6% di genitori che

"non sa" inquadrare il comportamento alimentare del/la figlio/a. Essi risultano, perlopiù, appartenere alla categoria di professionisti socio-sanitari che, in quei mesi, ha dovuto far fronte "attivamente all'emergenza" con turni che hanno "condizionato le relazioni umane[1]" e che, spesso, non permettevano di tenere sotto controllo la situazione familiare, un elemento di criticità non di poco conto.

Considerando i dati, sul consumo di *junk food*, se lasciamo da parte il 15,3% che ne ha consumato meno del solito, non si evince una netta distinzione tra chi ne ha consumato di più, il 41,2%, e chi non ne ha consumato, il 43,5%. Proviamo, per tali ragioni, ad approfondire le pratiche che hanno originato i due comportamenti. Il 61,8% di bambini che non hanno consumato *junk food* o ne hanno consumato meno del solito non sono in una condizione di eccesso di peso e appartengono, prevalentemente, a famiglie con un'istruzione elevata (61,2% madri e 65,8% padri). Si tratta, inoltre, di una popolazione che ha avuto la possibilità e la volontà di stare, perlopiù, in movimento durante i *lockdown* (66,5%). Inoltre, se l'ambiente creato dal COVID-19 ha fornito, costantemente, spunti per attuare stili di vita e alimentari sregolati, da questa indagine emerge che i bambini abituati a fare sport strutturato prima del *lockdown*, si sono avvicinati meno o per niente al consumo di *junk food* rispetto a coloro che, già precedentemente poco attivi, ne hanno esacerbato tale prassi.

1.2. Stili di vita e COVID-19. Mantenersi in "forma".

Le misure trasversali che sono state impiegate per contenere la pandemia – periodi di movimento limitato, distanziamento sociale e autoisolamento – hanno avuto un impatto sugli stili di vita ossia sulla qualità della vita "attiva" e del benessere percepito. Ciò che si presenterà, metterà in luce le pratiche intervenute, all'interno delle mura domestiche, in termini di movimento-sedentarietà causato dal riadattamento della didattica per i bambini e della sfera lavorativa per i genitori ma anche dalla diversa capacità di resistenza dovuta a fattori contestuali e socio-economici della famiglia.

Il primo elemento che si prende in considerazione sono le "opportunità" offerte all'interno delle famiglie. L'81,1% dei bambini ha potuto disporre, durante il periodo pandemico, di case con spazi esterni dove potersi muovere. Tuttavia, se il 64,9% di essi ha còlto tale opportunità, il 16,2%, nonostante potesse usufruire di uno spazio esterno, è stato ugualmente a casa tutto il giorno. Una non volontà allarmante che, insieme all'isolamento imposto, accende un rinnovato allarme verso il fenomeno sociale dell'*hikikomori* (Bagnato, 2021) ossia la scelta di "ritirarsi" e stare in disparte, a causa di fattori contestuali e stati emotivi negativi, in questo caso, originati o esacerbati dai *lockdown*.

Tab. 3 – Opportunità di movimento bambina/o durante i lockdown

Quale tra le seguenti affermazioni giudica più simile alla condizione vissuta da sua/o figlia/o durante il periodo di lockdown in relazione al movimento?	
	%
godeva di uno spazio esterno ed e stato sempre in movimento	64,9
godeva di uno spazio esterno ma e stato in casa	16,2
non godeva di uno spazio esterno ed e stato in casa	18,8
Totale	100,0

[1] Virgolettato alcuni dei commenti alle risposte aperte all'interno del questionario.

A tale dato, inoltre, si unisce quello di coloro che non hanno avuto l'opportunità di disporre di uno spazio, al di fuori delle mura domestiche, rilevando che il 35% dei bambini ha avuto stili di vita, pressoché, sedentari nel periodo considerato. All'interno di questa popolazione infantile sedentaria sembrerebbe influire la nazionalità dei genitori: straniera per il 51,2% delle madri e il 60,7% dei padri mentre italiana per il 32,6% delle madri e il 32,5% dei padri.

Al contrario, le mura domestiche sono stato anche il luogo dove poter ripensare l'attività fisica tradizionale:

> la mia più grande ha continuato il suo percorso di danza online, all'inizio ero molto scettica ma devo dire che ho dovuto rimangiarmi i miei pensieri. La scuola dove frequenta gli faceva fare quasi 5 ore a settimana di danza e la sua cameretta diventava un palcoscenico (Genitore 1, Focus Group – febbraio 2021).

> In lockdown ho sempre fatto yoga quando trovavo tempo, è stato fondamentale per il mio benessere psicofisico (Genitore 1, focus group – febbraio 2021).

E quella derivante dagli *exergames* che, mediante sistemi elettronici e interfacce grafiche (Hamari, Sjöblom, 2017) che incorporano tecnologie interspaziali all'interno di realtà aumentate, miste o virtuali hanno stimolato il movimento domestico. Combinando l'esercizio fisico e cognitivo all'esperienza immersiva del gioco, gli *eSport* hanno rappresentato l'altro lato della quarantena costituendo un'opportunità di intrattenimento e di mantenimento fisico del bambino mediante *gamification.*

1.3. Lavorare da casa, studiare a distanza

Smartworking e Didattica a Distanza (DAD) hanno rappresentato il nuovo modo di lavorare e apprendere da casa. La quotidianità si è, necessariamente, dovuta risintonizzare in una assenza di luogo – *placelessness* – e di tempo – *timelessness* – dissolvendo la relazione capo-dipendente e insegnante-alunno nonché l'esperienza sociale di gruppo che supporta lo scambio di idee e il confronto (Riva *et al.*, 2021).

I genitori rispondenti (tab. 4) hanno assegnato un proprio grado di "importanza", relativo al cambiamento in termini lavorativi, esprimendosi sull'impatto che questo ha avuto nella quotidianità confinata. Il 56,8% dichiara di non aver subito cambiamenti *importanti* da un punto di vista lavorativo mentre il 43,2% fornisce la risposta opposta. All'interno di questo 43,2% solo una minoranza, ha affrontato gli effetti più nefasti della pandemia: 23,7% ha perso il lavoro o non ha lavorato e il 5,9% si è trovato in una condizione di precarietà lavorativa ed economica. Al contrario, la gran parte dei genitori rispondenti che afferma di aver subito cambiamenti importanti (70,4%), ha avuto un'entrata economica riscontrando disagi nelle modalità di lavoro (*smartworking* o *distance learning)* o nell'aumento delle ore lavorate. Il tempo trascorso davanti ai media si è associato, certamente, anche all'assunzione di cibi fuori pasto nonché all'aumento dei livelli di sedentarietà. Con l'obiettivo di garantire il diritto allo studio, a partire dalla primavera del 2020[2], poi, la scuola si è trovata ad attivare la DAD. Pressoché la quasi totalità, dei bambini è stata istruita da casa mediante attività – fruibili da *pc, tablet o smartphone* – trasmesse in diretta o pre-registrate, comunicazioni di gruppo online e invio di compiti e consultazione di materiali[3]. All'interno di questa nuova modalità educativa, il 75,6% non ha effettuato

[2] Nota ministeriale n° 388 del 17 marzo 2020 e successive disposizioni normative che hanno reso necessario un cambiamento di tutto l'assetto organizzativo della scuola italiana.

[3] Come da Circolari interne degli Istituti riminesi presi in considerazione.

lezioni di motoria trascorrendo, al contrario, ore aggiuntive davanti agli schermi: tra 1-3 ore al giorno per il 45,5% e per più di 3h per il 43,2% (tab. 4).

Tab. 4 – Frequenza didattica e attività motoria a distanza e ore trascorse agli "schermi"

Durante il periodo di lockdown, sua/o figlia/o ha seguito regolarmente la didattica a distanza?		Durante il periodo di lockdown, sua/o figlia/o ha seguito lezioni di educazione motoria strutturata a distanza?		Durante il periodo di lockdown, quanto tempo sua/suo figlia/o ha trascorso davanti agli schermi?	
	%		%		%
Sempre	91,9	Sì	24,4	piu di 3 ore al giorno	43,2
Abbastanza	4,5	No	75,6	1-3 ore al giorno	45,5
Poco	1,9			meno di 1 ora al giorno	8,8
Per nulla	1,6			non si dedicava	2,6
Totale	100,0	Totale	100,0	Totale	100,0

> La DAD ha pressoché escluso l'attività motoria dai programmi didattici tuttavia alcune attività motorie possono essere fatte anche in ambito domestico. Credo che questa scelta sia dovuta al fatto che l'educazione motoria alla scuola primaria è considerata, secondaria (Insegnante 1, intervista - dicembre 2020).

A tal proposito, è stato chiesto di indicare la somma del numero di ore giornaliere che i bambini hanno trascorso davanti agli schermi, durante il *lockdown,* sottintendendo le raccomandazioni generiche sul limite di esposizione giornaliero complessivo per i bambini di età maggiore ai 2 anni. Non oltre le 2 ore quotidiane (COSI, 2020) aumentate a 3 con l'introduzione della didattica a distanza (Ministero dell'Istruzione, 2020). Considerando che, per la sola DAD, la scuola primaria doveva assicurare almeno 15 ore settimanali, in modalità sincrona, che diventavano 10 ore per le classi prime, è facile notare come con le sole ore di "formazione" si arrivasse ad una quantità di tempo che studi precedenti (Walsh *et al.*, 2018) hanno definito rischiosa per lo sviluppo cognitivo e per prestazioni scolastiche inferiori.

2. *Un-lockdown*: una "nuova normalità"

La pandemia da COVID-19 ha determinato trasformazioni sociali, politiche, economiche e familiari, ad ampio raggio, forse anche rivoluzionarie, nelle varie sfere della quotidianità in un periodo di tempo molto breve. L'approvvigionamento e le attività casalinghe tra cibo e serie tv alternate a una "resistenza canora creativa" sui balconi hanno caratterizzato lo "stare a casa" degli italiani. Dopo i *lockdown*, con la riapertura delle scuole e il ritorno sui luoghi di lavoro, le abitudini alimentari delle famiglie riminesi sembrano essere migliorate per il 25,6%, restate invariate per il 72,4% e peggiorate per l'1,9%. Dati in crescita, positiva, se comparati a quelli esposti in precedenza relativi al periodo di confinamento. Alla luce dei dati emersi, pertanto, la gran parte delle famiglie riminesi sembra essere stata, prevalentemente, resiliente, quantomeno da un punto di vista socio-economico, ad uno dei rischi più vigorosi per lo sviluppo dell'obesità e di molte altre condizioni di salute fisica e mentale avverse. Tuttavia, bambini appartenenti a famiglie con un capitale culturale medio-basso sono stati, particolarmente, interessati da un maggior consumo di cibo, specie *junk food,* e sedentarietà che ha influito, negativamente, su una dieta, qualitativamente, equilibrata, bilanciata e distribuita, correttamente, nell'arco della giornata, sottolineando come le diseguaglianze possano rivelarsi "incarnate" (Cardano, 2008). Ragionando sulle abitudini alimentari e sugli stili di vita, sicuramente, la vita quotidiana *unlockdown* si sta caratterizzando di nuove consapevolezze e conseguenti

nuove pratiche. Certamente, gli oggetti sanitari – mascherine, igienizzanti, green pass o tamponi negativi – accompagnano comportamenti e segnali introiettati, modalità tecno-ibride che impigriscono il modo di agire e portano a fare nuove considerazioni sugli spazi del vivere. Il ritorno alla normalità scolastica, post-lockdown, viene, quindi, affidato alle parole di un'insegnante di una scuola primaria di Rimini:

> è molto dura. Ciò che prima era consuetudine adesso è una conquista, un desiderio. Quando arrivano la mattina tu li metti in fila per uno (braccio teso senza toccare il compagno in modo da creare distanziamento) e prima di entrare in classe c'è il minuto dell'igienizzazione. Spruzziamo disinfettante. Le classi sono state organizzate metro alla mano e alcune sono state spezzettate. Altro problema le mascherine che si rompono o sono larghe. I genitori giustamente le comprano di tutti i tipi ma cadono, si rompono o talvolta non coprono il naso. Vedo bambini di 6 anni che per il momento sono bravissimi, tengono le mascherine, se starnutiscono nelle manine poi vanno a lavarsele. Ma se cade la penna ad un bambino e l'altro istintivamente gliela prende e gliela porge, tu gli devi dire "no". E da insegnante mi sono sentita profondamente a disagio (Intervista – settembre 2020).

Le difficoltà che emergono, tuttavia, non sono solo legate alle nuove norme da seguire e far rispettare che i bambini, nonostante tutto, sembrano aver recepito, ma anche relative all'impatto fisico, *in generale sono ingrassati, almeno 1kg ciascuno,* e psicologico, *nei bambini ho visto un grande desiderio di rivedere le maestre ma poco entusiasmo per l'inizio. Come se ci fosse stato qualcosa di non concluso, un'implosione. Chi doveva condurli nel processo di crescita non c'era stato per davvero.*

Un prisma, questa "nuova normalità" (Maturo, Moretti, Gibin, 2021), da cui partire per mappare nuovi stili alimentari e di vita personali che i bambini possano utilizzare per reagire dopo questo prolungato stato di crisi.

8. "Di madre in figlio": il peso socialmente trasmissibile del modello educativo

Fin dal concepimento e durante tutta la gravidanza, madre e figlio sono uniti in un solo corpo e il legame simbiotico prosegue anche dopo, almeno fino a che il bambino non sia, totalmente, dipendente dalle cure materne. Ciò sancisce, quasi naturalmente, il ruolo primario della madre nell'educazione dei figli, un ruolo talvolta critico – nei confronti del padre e del "resto del mondo" – che la porta a correggere tutto quello che non viene direttamente da essa approvato. L'astrofisica Margherita Hack sosteneva: «la colpa di Eva è stata quella di voler conoscere, sperimentare, indagare con le proprie forze le leggi che regolano l'universo, la terra e il proprio corpo» (Eltanin, 2014, p. 9). In quanto "figlie e figli di Eva", dunque, i modelli educativi che ci vengono trasmessi sono *mother-blame* (croce delle madri) o *mother-valor* (delizia delle madri)? (Benasso, Stagi, 2018).

Come si è ampiamente avuto modo di apprendere, in questo percorso, i genitori hanno un ruolo importante nella prevenzione e nel trattamento dell'obesità infantile, tuttavia, spesso, sembrerebbe che potrebbero non essere in grado di percepire, con precisione, lo stato di peso dei propri figli (Ramos *et al.*, 2021; Tompkins *et al.*, 2015).

In particolare, se le donne mostrano una tendenza ad adottare scelte alimentari più salutari rispetto agli uomini (CREA, 2018), al contempo, gli studi sulla percezione del peso rivelano che, le stesse, non ne hanno una sempre corretta. In una ricerca italiana, ad esempio, su bambini di terza elementare, è emerso come una maggiore prevalenza regionale dell'obesità sia addirittura associata a una minore percezione materna del problema suggerendo che ciò che è comune, anche se rischioso per la salute, ha più probabilità di essere percepito come normalità (Binkin *et al.*, 2013).

Il divario tra percezioni e realtà è frequente, per i più disparati argomenti, e non risparmia neanche il tema del sovrappeso e dell'obesità. Le errate percezioni sono vaste, profonde, durevoli in quanto frutto di una conoscenza sedimentata, in modo distorto, e di condizionamenti sia esterni che individuali. Pertanto, analizzare la percezione non significa che le persone siano ignoranti (ignoranza è "non sapere", "non conoscere") ma che vi è stato un fraintendimento della realtà alimentato da un arco di informazioni e credenze in un elevato grado di certezza (Flynn, Nyhan, Reifler, 2017).

Parimenti ai fattori eziologici dell'obesità, la sbagliata percezione del peso corporeo del bambino, da parte del genitore e nello specifico della madre, può influenzare e manipolare le sue abitudini e i suoi stili di vita (Khambalia *et al.*, 2012). In Italia, secondo gli ultimi dati dell'ISS (2019), nella fascia 6-11, il 40,3% dei bambini in sovrappeso e il 9% dei bambini obesi ha la madre che afferma che il proprio figlio sia normopeso. Questa errata percezione, inoltre, sembra essere comune alle mamme di vari paesi nella fascia dell'Europa meridionale. A tal proposito, si approfondirà il ruolo delle determinanti bio-socio-economiche di salute che possono fare da "predittori" di un modello di obesità "socialmente trasmissibile", ma anche le percezioni delle madri riminesi emerse dal questionario che si orienterà, poi, verso una riflessione socio-culturale su scala europea.

1. I predittori dell'obesità infantile

In modo sempre più marcato, la recente visione delle politiche di salute globale, con cui si affronta l'obesità infantile, è quella della prevenzione. La chiave sociologica per una prevenzione efficace è orientata ad identificare i fattori che stimolano l'eccesso ponderale ed hanno un potenziale impatto sulla salute osservandone oltre alle caratteristiche fisiche di bambini e genitori anche gli specifici comportamenti alimentari e di vita familiari. La previsione del possibile danno sulla salute può essere vista attraverso prospettive incrociate: quella del rischio (l'eventuale danno viene attribuito alla conseguenza di una decisione) o quella del pericolo (l'eventuale danno è dovuto a fattori esterni come l'ambiente) (Beck, 2000). Dal punto di vista della prevenzione, infatti, una condizione patologica non sempre assume i valori dicotomici di "malattia" o "assenza di malattia". Uno degli aspetti, entro cui vengono riconosciute e legittimate medicalmente e scientificamente le malattie, è la valutazione di quanto una popolazione sia esposta a dei fattori di rischio che, come sostiene Maturo (2007), dovrebbero essere considerati entità analogiche che possono svilupparsi gradualmente, a diversi stadi, nel corso del tempo. Pertanto, in ottica di prevenzione, è necessario osservare il problema nella relazione che intercorre tra esposizione a fattori di rischio e possibilità di sviluppare la malattia. E, riducendo anche di poco l'esposizione al rischio di un numero elevato di persone il beneficio complessivo risulterà importante.

Tra i sociologici che hanno parlato di rischio, Beck (2000) ha osservato come il processo di modernizzazione abbia originato una società caratterizzata dalla distribuzione sociale dei rischi che va di pari passo con la distribuzione sociale della ricchezza. A partire dalla tarda modernità, poi, i rischi da personali divengono globalizzati. E nella *società del rischio*, Beck sostiene che essi siano autoprodotti all'interno dalla (presunta) possibilità di governare la natura e dalla conoscenza, non dall'ignoranza. Giddens (1999), partendo dall'etimologia mette a disposizione un ulteriore analisi per l'approfondimento del concetto. Il termine di origini iberiche "rischio", infatti, all'inizio del XVI secolo, si diffonde nel contesto giuridico dei contratti di assicurazione marittima riferendosi a *luoghi* da esplorare sconosciuti e, potenzialmente, pericolosi. In seguito, anche grazie alla progressiva diffusione del commercio marittimo, il rischio inizia ad assumere connotazioni riferite al *tempo* come misura della probabilità che un evento possa o meno accadere nel futuro. La società moderna, orientata al futuro necessita che il *tempo* sia considerato un *luogo* da scoprire e conquistare. Pertanto appare pressoché inevitabile, dover aumentare la programmazione e la costruzione di scenari di previsione mediante valutazione del rischio. A tal proposito, Giddens (1999) distingue gli "external risk", che provengono dall'esterno, come gli eventi naturali o sociali prevedibili, dai "manufactured risk", autoprodotti all'interno mediante l'applicazione della conoscenza umana, come le catastrofi ambientali o sociali impreviste. Sulla stessa linea, infine, la proposta di Luhmann (2002) che definisce il rischio come un probabile accadimento futuro frutto di una decisione presente, potenzialmente, controllabile e il pericolo come evento fuori prevedibilità. Luhmann (2002), inoltre, associa a rischio e pericolo anche i concetti di fiducia e speranza. Per l'autore, la fiducia è un'aspettativa positiva fondata su dimensioni cognitive ed emotive che se formulata in condizioni di incertezza serve a ridurre la complessità del futuro e permette di intraprendere corsi di azione nel presente dall'esito incerto. La speranza è un'aspettativa più tenue e sfumata ed è connessa a quegli eventi che l'uomo non può modificare e a cui egli, una volta accaduti, può solo adeguarsi. Pertanto, la fiducia si esprime in atteggiamenti di "rassicurazione" verso degli eventi prodotti dalle azioni umane mentre la speranza è intrisa di connotazioni legate al destino, al fato, agli dei o "al volere di

Dio" a cui ci si può affidare senza che gli eventi futuri siano scongiurati da decisioni prese nel presente. Pertanto, nell'equazione Fiducia: Rischio = Speranza: Pericolo possiamo dire che fiducia e speranza sono la risposta a rischio e pericolo.

In tale ottica, la sfida dei fattori che predicono l'obesità è quella di riuscire a far slittare, semanticamente, l'idea dell'obesità infantile dalla speranza di evitare il pericolo alla fiducia di liberarsi dal rischio. Non bisogna sperare di non accumulare peso mangiando in modo non adeguato e praticando la sedentarietà ma avere fiducia di riuscire ad evitarlo, attraverso corrette decisioni, alimentari e di vita.

Tab. 1 – Indice di Massa Corporea bambine e bambini riminesi

IMC bambine e bambini riminesi		
	N	**%**
sottopeso	24	6,6
normopeso	219	60,7
sovrappeso	78	21,6
obeso	40	11,1
Totale	361	100

Analizzando l'IMC delle bambine e dei bambini, considerati in questo studio (N[1] = 361), si osserva che un bambino su tre ha problemi di peso (tab. 1). Nello specifico, il 21,6% è in sovrappeso e l'11,1% è obeso. Per capire quali fattori di rischio impattano, più frequentemente, sul peso di questi bambini, si prenderanno in considerazione le relazioni che riguardano i soli bambini sovrappeso e/o obesi.

Osservando le caratteristiche socio-demografiche, il sesso risulta statisticamente associato al rischio di obesità. Nello specifico, se processiamo i dati di IMC tra i soli bambini obesi risultano in eccesso di peso il 14,6% dei maschi contro il 7,1% delle femmine. Allo stesso modo, allargando la forbice e considerando i bambini sovrappeso o obesi il 38% dei maschi ha problemi di peso contro il 26,6% delle femmine. L'età dove si distribuiscono, maggiormente, i bambini sovrappeso o obesi (pur non significativa da un punto di vista statistico) si colloca nel 42,4% dei casi nella fascia 8-9 anni. Tuttavia, anche le fasce 6-7 anni e 10 anni o più non si allontanano di molto da risultati allarmanti con un 28,8% di casi ciascuno. Stringendo il focus, ai soli bambini obesi, la fascia 6-7 anni prevale con un 45% seguita da quella 8-9 anni che si attesta ad un 42,5%. Al fine di indagare le caratteristiche socio-demografiche predittive dell'obesità infantile in rapporto ai genitori coinvolti, si osservano le seguenti variabili, disponibili all'interno del questionario: età, tipologia di nucleo familiare, titolo di studio, occupazione, nazionalità, anni di residenza a Rimini. Il 50% dei bambini obesi ha genitori nella fascia d'età 41-50 seguiti da un 35% nella fascia 35-40 anni. Tali intervalli vengono confermati includendo nell'elaborazione anche i bambini sovrappeso con percentuali che si distribuiscono ancora tra 41-50 (52,5%) e 35-40 (32%). Il nucleo familiare, ossia la relazione mono o bigenitoriale, che vive il genitore del bambino sovrappeso o obeso, non presenta divari marcati: il 40,8% ha un solo genitore e il 31,4% vive con entrambi i genitori in coppia. Le differenze appaiono più incisive se consideriamo il solo soggetto obeso: il 18,4% vive in una famiglia monogenitore contro il 9,9% bigenitore. A tal proposito è utile tenere presente quanto affermato da un'insegnante intervistata (giugno 2020):

> il peso non c'entra tanto con lo status del genitore ma con la presenza. Col tempo di qualità che i genitori trascorrono con i figli. Io ho bambini con figura monogenitoriale molto presente e non hanno problemi di obesità e bambini con entrambi i genitori ma cresciuti a pasta in bianco e patate. Non c'è una precisa coincidenza.

[1] N sta per numerosità della popolazione.

Se consideriamo bambini obesi o sovrappeso, il titolo di studio del padre è associato statisticamente nel caso di titolo basso (fino a terza media) con il 43,2% dei bambini obeso o sovrappeso (titoli di studio medi: 35,4%; alti: 19,4%). Anche i titoli della madre, pur senza relazione statistica, risultano rilevanti mostrando figli sovrappeso o obesi per il 44,4% laddove vi siano mamme con bassi titoli di studio contro il 35,8% titoli medi e il 27,6% titoli alti. Tra i soli bambini obesi, invece, sebbene venga confermato l'assunto per cui ci sono più bambini obesi laddove i genitori hanno un basso titolo di studio, lo scarto risulta minimo e poco significativo.

Se osserviamo la variabile occupazione dei genitori, si rilevano più bambini obesi se la madre non lavora (15,9% non occupata contro 10,1% occupata) mentre non si può definire la relazione osservando i padri in quanto la numerosità risulta troppo bassa (solo 15 non lavorano). Mettendo insieme bambini obesi e sovrappeso, l'occupazione dei genitori non appare, infine, incisiva. Interessante, ai fini del rischio di sviluppare obesità, la nazionalità. Statisticamente significativa la nazionalità straniera della madre dove aumenta la probabilità che il figlio abbia problemi di peso: 19,2% obeso contro 9,7% non obeso. Allargando l'osservazione anche ai bambini sovrappeso, la nazionalità del padre non conta mentre quella della madre, pur non associata statisticamente, vede il 42,3% di bambini con problemi di peso se la madre è straniera contro il 31,1% se la madre è italiana.

Per quanto riguarda la residenza sul territorio riminese, lo scarto tra i bambini sovrappeso e obesi è minimo: il 38,5% dei genitori abita a Rimini da meno di 10 anni contro il 32% che, invece, afferma di risiederci da più di 10 anni. Il divario appare interessante se si guarda ai soli bambini obesi: il 23,1% ci abita da meno di 10 anni e il 9,6% da più di 10 anni.

In ultimo, si analizzano le caratteristiche fisiche dei genitori in relazione a quelle dei figli. Considerando insieme genitori obesi e sovrappeso, rispetto al rischio di avere bambini obesi e sovrappeso, si trova un'associazione positiva e significativa sia per i padri che per le madri. Osservando, invece, la sola obesità nei genitori consegue che se la madre è obesa, aumenta significativamente il rischio che anche i figli siano obesi (il 39,3% delle madri obese ha figli obesi vs. l'8,7% delle madri non obese). Anche tra i padri obesi è più frequente la presenza di figli obesi, ma in questo caso la relazione non è significativa. Se prendiamo, poi, in considerazione bambini obesi o sovrappeso, anche in questo caso, l'obesità della madre è un fattore di rischio significativo (nel caso in cui la madre sia obesa, il 71,4% dei bambini è in sovrappeso o obeso), mentre non lo è l'obesità del padre (anche se ci sono molti più bambini obesi o in sovrappeso se il padre è obeso).

Come si evince, l'obesità materna è il più forte predittore di sovrappeso e obesità del bambino.

1.1. I predittori materni dell'obesità infantile

Alla luce di quanto già emerso, il comportamento e i modelli educativi delle madri sono riconosciuti tra i fattori che influiscono sulla salute dei figli quali predittori precoci dell'obesità infantile. La medicina moderna sottolinea come lo stare in salute di un individuo sia determinato biologicamente, chimicamente o geneticamente ma a questo, la sociologia (della salute e della medicina), vi affianca le determinanti sociali e il loro impatto sulla costruzione di modelli di dieta e stili di vita da seguire per il raggiungimento del benessere (Éltanin, 2014; Rooney *et al.*, 2011). Tutti i fattori sociali si accumulano e interagiscono tra loro determinando la struttura della nostra salute. Tuttavia, lo stato socio-economico sembra essere il fattore che più determina la condizione di salute delle donne in tutto il mondo. Il WHO spiega che la

donna *Omega* – nell'alfabeto greco si identifica con la Zeta quindi l'opposto della donna *Alfa* – nel ritrovarsi ai gradini più bassi della scala sociale, è più a rischio di sviluppare problemi di salute e di percepire e trasmettere modelli educativi errati ai propri figli. Il prestigio sociale viene assegnato in base al potere economico, al titolo di studio, ai luoghi di vita e a seguire anche all'età, allo stato civile, al numero di figli e, all'estetica del corpo, seppur le definizioni varino tra nazioni, epoche e famiglie. Il "punteggio sociale" è mobile e si possono acquisire o perdere punti in base ai cambiamenti negli stili di vita o agli eventi, improvvisi non controllabili, come è stato per il COVID-19. Tuttavia, sembra la "S" di sociale a fare la differenza più della "E" di economico: una donna, socialmente, povera tende a studiare meno, vivere in zone peggiori, fare meno attività fisica, avere meno conoscenze sulla dieta in termini di salute, comprare più cibi scadenti (Éltanin, 2014) e, di conseguenza, trasmetterli agli altri.

Qual è, quindi, il profilo delle madri rispondenti a questo studio? E quali fattori possono condurre verso una costruzione errata nella percezione del peso ponderale proprio e dei propri figli e, quindi, essere predittivi per il futuro stato di salute? Si osservano, qui, le sole madri rispondenti in questo studio, il 91,4%, in quanto interlocutrici attive del questionario. Queste 330 donne hanno, prevalentemente, un'età compresa tra 35 e 50 anni: poco più della metà si distribuisce nell'intervallo 41-50 e il 34,2% in quello 35-40 (tab. 2). La gran parte, ha, quindi, affrontato la cosiddetta gravidanza "geriatrica" (Satmary, Brusie, 2022; Lean *et al.*, 2017), una classificazione ormai quasi obsoleta che si riferisce all'inizio del periodo di gestazione intorno ai 35 anni individuata come età, da un punto di vista medico, potenzialmente, rischiosa a causa di una biologica diminuzione della fertilità e per le potenziali complicazioni anche metaboliche trasmesse al nascituro. Tuttavia, in un'ottica sociale, ciò rispecchia il mutamento della famiglia contemporanea come confermato anche da una pediatra di libera scelta intervistata (dicembre 2020):

> l'età della maternità si è alzata molto quindi dei genitori molto giovani io ne ho pochi. Sono tutti ragazzi spesso ultra trentenni. È difficile che io abbia genitori con età inferiore. Chi fa un percorso di istruzione di un certo tipo arriva tardi. Almeno le mie mamme sono tutte così.

La famiglia contemporanea, infatti, "attende" di potersi costruire perché si orienta su altre priorità: percorso educativo e stabilità economica. Il profilo socio-demografico, prevalente, di queste madri, come si evince da tab. 3, vede il possesso di un titolo di studio medio (42,7%) alto (48,2%), nazionalità italiana (86,4%) lavoratrici (86,7%), residenti a Rimini da più di 10 anni (89,1%) e in una relazione di coppia (86,7%).

Tab. 2 – Età madri rispondenti

Età madre rispondente	N	%
25-34	38	11,5
35-40	113	34,2
41-50	173	52,4
51-57	6	1,9
Totali	330	100

Facendo delle analisi più complesse, si riportano ora quali, tra le variabili socio-demografiche e fisiche appartenenti alle madri rispondenti, incidano in modo più consistente sul rischio di obesità infantile. Essere una madre single o in coppia non sembra influire negativamente sul peso dei propri figli. Il 60,9% delle mamme in

coppia e il 55,8% di quelle single ha figli normopeso. In questo studio, 284 madri sono in coppia, di queste 62 hanno figli sovrappeso e 30 obesi; 43 sono, invece, le madri single tra cui troviamo 9 bambini in sovrappeso e 8 obesi. Il livello di istruzione e il percorso educativo e formativo della madre si conferma, invece, un fattore influente sul peso dei bambini. In particolare, un po' più della metà delle madri con titolo di studio basso (51,7%) ha figli con problemi di peso (sovrappeso o obesità). Di contro, oltre il 50% delle madri con titolo di studio medio (57,4%) e oltre il 60% di quelle con titolo di studio alto (65%) hanno figli normopeso.

Tab. 3 – Caratteristiche socio-demografiche madri rispondenti

	MADRE	
Caratteristiche	**N**	**%**
Grado istruzione		
Basso	30	9,1
Medio	141	42,7
Alto	159	48,2
Nazionalità		
Italiana	285	86,4
Straniera	45	13,6
Lavoro		
Occupata	286	86,7
Non Occupata	44	13,3
Nucleo familiare		
Madri single	44	13,3
Madri in coppia	286	86,7
Residenza a Rimini		
Più di 10 anni	294	89,1
Meno di 10 anni	36	10,9

Per ciò che concerne la nazionalità delle rispondenti, sembra che su sovrappeso e obesità influisca, in modo negativo, leggermente di più la provenienza straniera (seppur nella popolazione di riferimento sia una minoranza). Le madri di nazionalità italiana hanno il 61,3% di figli normopeso e il 31,9% di figli sovrappeso o obesi mentre le straniere hanno il 53,3% dei figli normopeso e il 42,2% sovrappeso o obeso. Osservando, a tal proposito, le specifiche di nazionalità, le madri straniere provengono, prevalentemente, da Repubblica Ceca, Albania, Romania, Russia e Macedonia. Paesi caratterizzati da cucine ricche in farinacei, carni e fritti. Inoltre, molti studi sostengono (Moreira, Gonçalves, 2020; Taveras *et al.*, 2010) che la migrazione verso le società occidentali aumenti anche il rischio di sovrappeso e obesità a causa delle alterazioni dello stile di vita (minore accesso alla pratica sportiva, maggiore povertà conseguente a occupazione instabile e a basso salario).

In linea con la letteratura, l'occupazione delle madri sembra influire relativamente sui livelli di eccesso ponderale dei figli: il 33,2% delle madri occupate e il 37,2% di quelle non occupate ha figli con problemi di peso (sovrappeso o obesità).

Per ciò che concerne l'età, guardando ai 109 bambini in sovrappeso o obesi nella popolazione di questo studio, poco più della metà ha madri che hanno tra 41-50 anni e il 33,9% tra 35-40 anni. Tale quadro è confermato se osserviamo i soli bambini obesi (13% tra 25-34 anni; 37% tra 35-40 anni; 50% tra 41-50 anni).

Le madri che vivono sul territorio riminese da meno di 10 anni hanno, poi, più probabilità di avere bambini sovrappeso o obesi (42,9% contro 32,2% senza problemi di peso). Tale relazione viene confermata statisticamente anche se osserviamo i soli bambini obesi (25,7% meno di 10 anni contro 9,9 più di 10 anni).

2. Sovralimentazione e sottovalutazione dell'obesità infantile

In età evolutiva, il bambino è portatore di una "programmazione aperta" ossia è geneticamente predisposto a integrare molte informazioni di origine nutritiva e sociale imparando a rifiutare o a gradire quanto gli viene offerto (Fischler, 1992). Oltre al sistema di regole e di rappresentazioni che egli apprende, l'esperienza alimentare del bambino si costruisce anche in base alle proposte nel contesto in cui tale pratica prende forma. Le "buone" o "cattive" scelte alimentari illustrano un meccanismo chiamato "effetto-stampino" trasmesso, culturalmente, per restrizione o ampliamento del campo dell'esperienza da parte della famiglia (Fischler, 1992).

L'abbondanza, come possesso e come idea verso cui tendere, è il filo conduttore che tiene insieme sovralimentazione e sottovalutazione del peso. Se la quantità nelle dosi di cibo rappresenta ancora la "possibilità" di ottenere e mettere a disposizione alimenti, il suo riflesso sul piano fisico è, al contrario, un fattore da cui si rifugge. Questo atteggiamento contraddittorio può radicarsi in una memoria che rimbalza tra generazioni arrivando a sottovalutare le conseguenze anche sul piano salutare (De Matteis, 2020). Talvolta, questo comportamento è il frutto di una rielaborazione genitoriale, sul mondo dei figli, almeno fino all'adolescenza ossia una bolla alternativa, libera e spensierata in cui il bambino ha diritto a godere di felicità inattese: dal cibo "preferito" al possibile ozio quotidiano.

Obesità e sovrappeso, in un contesto del genere, rappresentano forme di *malnutrizione dell'abbondanza* ossia una incapacità di gestire l'abbondanza della contemporaneità di ogni genere (dai prodotti al benessere) e per le ragioni più diverse – retaggi storico-culturali, modelli familiari, sociali o di ignoranza verso le regole base della salute (De Matteis, 2020).

Osservando alcune variabili legate alle abitudini alimentari e di vita casalinghe si andrà, ora, ad approfondire quanto la sovralimentazione e la sottovalutazione del peso avvicinino a sovrappeso e obesità in età pediatrica. A tale scopo si considerano, anzitutto, i consumi quotidiani di verdura e di frutta che, secondo le linee guida sulla sana alimentazione, sono alimenti che consentono di limitare la quantità di calorie introdotte. Solo il 18% dei bambini obesi consuma, quotidianamente, verdura contro il 48,4% dei non obesi con un'associazione statisticamente significativa che si conferma anche unendovi la variabile di sovrappeso. In termini di assunzione quotidiana di frutta, emerge che il 92,5% dei bambini non obesi ne consuma tutti i giorni contro il 7,5% di quelli obesi.

Tra le abitudini alimentari familiari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso incidono molto, in questo studio, l'atteggiamento permissivo verso il consumo di bevande zuccherate ma anche una generica sottovalutazione della coerenza nelle abitudini alimentari casalinghe. Più nel dettaglio, il 74,5% dei bambini con problemi di sovrappeso o obesità, consuma bevande zuccherate da un minimo di 1-2 volte ad un massimo di 6 o più volte alla settimana. Un dato che aumenta al 75,1% se consideriamo i soli bambini obesi. Mentre il concedersi a cena prodotti non particolarmente dietetici influisce sul 14,7% di bambini sovrappeso o obesi contro il 10% di coloro che non hanno problemi ponderali e sul 25% dei bambini obesi contro lo stesso 10% dei non obesi. Al contrario, mantenere una coerenza nelle abitudini alimentari risulta virtuoso al 90% che è il numero di bambini che non risultano avere, in tal senso, problemi di eccesso di peso.

Le criticità relative al peso, poi, possono insinuarsi tra le pieghe degli stili di vita. Tra le variabili più incisive, quelle relative al tempo extra-scolastico tra abitudini sedentarie e esposizione ai media. Il rischio obesità, statisticamente significativo, è più alto tra chi non pratica uno sport strutturato (18,2%) e meno in chi, al contrario,

lo pratica (8,4%). Considerando anche i bambini sovrappeso, pur non essendoci associazione statistica, viene confermata una maggior presenza di problemi di peso tra i bambini non attivi (38,4% contro il 30,5% attivi). Esaminando l'esposizione dei soli bambini obesi alla televisione e agli altri devices digitali, c'è una percentuale, poco più alta, di bambini in eccesso ponderale tra coloro che guardano più TV o stanno più ore su schermi digitali. Anche processando le variabili, con l'indice di rischio MEDIA costruito, si evidenzia una percentuale più alta di bambini obesi tra coloro che trascorrono più tempo davanti agli schermi digitali. Mettendo insieme bambini obesi e sovrappeso, la significatività statistica si origina dall'eccessiva esposizione a schermi digitali: il 42% dei bambini che trascorrono troppe ore su dispositivi digitali, contro il 27,7% di chi è a bassa esposizione, ha problemi di peso. Inoltre, laddove l'indice di rischio esposizione MEDIA è più alto, ci sono anche più bambini obesi o sovrappeso.

2.1. Il ruolo delle madri nella sovralimentazione e sottovalutazione dell'obesità infantile

Nonostante l'emancipazione dalla sfera meramente domestica, le donne continuano ad essere le principali responsabili del nutrimento della famiglia quasi fosse un'attitudine naturale. La sociologa Karen Danna Lynch (2005) sostiene che le campagne pubblicitarie abbiano contribuito a delineare, a partire dagli anni Ottanta, due specifici scenari di maternità: quello della *nurturing mom* – la madre che nutre i figli per la loro salute e il loro benessere alimentare – e della *expertise-guided mom* – la custode di un sapere esperto specie per l'uso di prodotti alimentari (Lynch, 2005). Questa costruzione ha un unico comun denominatore: una "buona madre" mette al primo posto desideri e bisogni del suo bambino ed è l'unica responsabile del suo sano sviluppo fisico e psicologico (Benasso, Stagi, 2018). La questione della sovralimentazione e della sottovalutazione dell'obesità infantile, da parte delle madri, apre ad una narrazione in cui da un lato la conciliazione dei compiti di cura alimentare nei tempi di una madre moderna che lavora è spesso onerosa e dall'altro la tendenza a ricalcare la figura *mainstream* della madre-coccodrillo o madre-tutta-madre (De Matteis, 2020) che alleva, cura, nutre la sua creatura prediligendo «il carnevale piuttosto che le quaresime fatte di corpi magri e asciutti, nutriti dal bianco dei cibi magri, dal verde delle foglie e contrappuntati di astinenze» (De Matteis, 2020, p. 77). A tal proposito, stringendo il focus sulle variabili attribuibili agli stili di vita, le madri, in questa ricerca, sembrano avere un ruolo attivo nei percorsi obesogeni dei propri figli in merito alla preparazione della merenda di metà mattina, all'attenzione verso la somministrazione di pasti a casa, al consumo di verdura a casa e al rischio MEDIA (sedentarietà). Più nello specifico, si rilevano importanti divari sui bambini obesi: hanno più problemi di peso coloro che hanno madri che preparano una merenda salata (14,4%) rispetto a quella dolce (9,2%); non consumano sempre anche a cena pasti equilibrati (22,9% obesi contro il 77,1% dei non obesi); non consumano, ed è statisticamente significativo, affatto verdura (0% degli obesi) e trascorrono più tempo davanti agli schermi e quindi hanno un maggiore tempo libero non attivo (25% obesi contro 16,9% dei non obesi).

3. La percezione genitoriale sul peso dei figli

Le percezioni sbagliate caratterizzano le persone ed è un'impresa ardua correggere le traiettorie comportamentali e di mentalità. Tuttavia, a partire dalle percezioni

riusciamo a carpire quali sono le maggiori preoccupazioni delle persone e quali meccanismi di negazione si inneschino e le spingano a sottostimare il peso. L'originarsi di un'idea, infatti, si costruisce e radica in una norma sociale che può incidere sul modo in cui vengono perseguiti determinati comportamenti. Ad esempio, ammettere di consumare eccessivamente zuccheri fa provare maggiore vergogna rispetto a riferire di non praticare esercizio fisico. E questo perché d'istinto pensiamo che la norma sociale sia che assumere troppi zuccheri faccia più male rispetto a condurre una vita senza fare esercizio fisico (Duffy, 2018). Le percezioni sono, quindi, soggette a pregiudizi personali (il nostro modo di pensare) e a influenze esterne (informazioni che riceviamo) che possono distorcere la visione della realtà (Duffy, 2018).

Diete e programmi di allenamento, per mantenersi in salute, si moltiplicano in ogni dove e mutano, continuamente, anche in base alle nuove scoperte in campo medico e nutrizionale. Tuttavia, la realtà è complessa, incerta, mutevole pertanto le percezioni sono distorte e contraddittorie. Individuare le impressioni errate specie se relative alla salute è di estrema importanza. Per quanto riguarda il peso e la dieta le percezioni sono indicatore di come le persone si prendono cura di sé stesse ma anche di quanto sottostimino o neghino la realtà (Duffy, 2018). E le spiegazioni possono essere le più diverse: la definizione non intuitiva di sovrappeso e obesità (a Hong Kong i pazienti con IMC tra 23-25 sono considerati normopeso mentre negli Stati Uniti sono già in sovrappeso); considerazioni allarmistiche diverse tra sovrappeso (meno allarmante) rispetto ad obesità (più allarmante); utilizzo della cosiddetta "euristica della disponibilità" una scorciatoia mentale che intraprendiamo grazie al *pensiero veloce* (Kahneman, 2011) per sopravvivere all'enorme flusso di informazioni che costantemente riceviamo anche se non adatta alla situazione o non descrittiva del quadro completo della realtà che poi, non subendo alcuna smentita, si sedimenta e viene appresa come veritiera; valutazioni generalizzanti del peso spesso partendo da un'immagine distorta di sè stessi accompagnate e alterate da una *emotional innumeracy*, una reazione emotiva che ci porta a credere e vedere ciò che vogliamo alimentando l'idea sbagliata verso un fenomeno sociale (Duffy, 2018); inclinazione a circondarsi di individui simili e copiarne i comportamenti falsandone la convinzione e consolidando una norma sociale (sarà più probabile che una persona sovrappeso o obesa abbia amici e familiari a loro volta sovrappeso o obesi). Le percezioni sbagliate, in tema di salute alimentare, determinano visioni differenti anche riguardo aspetti chiave. Sui comportamenti alimentari e di vita considerati "devianti", in particolare, è più facile osservare gli altri piuttosto che auto valutare situazioni a vicine.

> I bambini di adesso guardano molto più la televisione rispetto a noi, giocano molto più con i telefonini, stanno più fermi. Anche durante la chiusura, adesso mia figlia no perché non ci gioca, però i bambini giocavano a sto Fortnite e a tutti sti giochi online (Genitore 1, focus group – giugno 2020).

> Le mie figlie sono fisicamente abbastanza normali però effettivamente ci sono alcuni bambini abbastanza piazzati. La cosa che mi ha spaventato di più è quando ho tenuto diversi bambini di cui anche magari in sovrappeso a me impressiona magari che fanno una rampa di scale e hanno il fiatone e nonostante non sia la loro mamma mi preoccupavo per loro (Genitore 2, focus group – giugno 2020).

> A casa nostra non ci sono problemi di obesità i miei sono normopeso adesso fanno grandi cambiamenti da un mese all'altro si sviluppano soprattutto in lunghezza però a livello di amicizia quello che posso vedere è che ho degli esempi di amiche con bambini fortemente in sovrappeso (Genitore 3, focus group, febbraio 2021).

In tutte le interviste e i focus group, dove sono stati interpellati i genitori, infatti, nessuno parla, direttamente, del proprio figlio o della propria situazione. Come se guardare agli altri sia, percettibilmente, più oggettivo e semplice. Oppure, come dimostrato da alcune ricerche[2], le persone non sono così brave a prendere nota di ciò che fanno. In questo studio, molti genitori che hanno risposto al questionario e il cui bambino ha problemi di peso, non se ne rendono conto. Il 79,7% dei genitori di bambini in sovrappeso e il 56,3% dei genitori di bambini obesi definiscono normale il peso dei propri figli. Si tratta di una relazione statisticamente significativa. Inoltre, quando diciamo che c'è un'epidemia di obesità e di sedentarietà sembra che il messaggio che si coglie non è la preoccupazione ma il fenomeno comune. E più un problema è sociale più lo si accetta come norma. Tuttavia, i rischi della normalizzazione si riflettono sulle idee (Duffy, 2018).

3.1. La percezione del peso nelle mamme riminesi

Dall'analisi statistica, di questo studio, la misura della percezione viene fornita, per la stragrande parte, dalle madri (9 rispondenti su 10) che hanno, evidentemente, un ascendente verso il peso dei figli. Calcolando i valori di IMC delle madri rispondenti – elaborato grazie al calcolo tra peso e altezza inserito autonomamente dalle stesse – si osservano i valori di tab. 4. Lo stato ponderale delle madri riminesi appare per il 76,1% "normopeso", tuttavia, un 19,4% risulta in eccesso (12,4% sovrappeso e 7% obese). Solo il 4,5% è "sottopeso". I loro figli si collocano "sottopeso" per un 6,6%; "normopeso" per un 60,3%, "sovrappeso" per un 21,5% e "obeso" per un 11,5% (tab. 5).

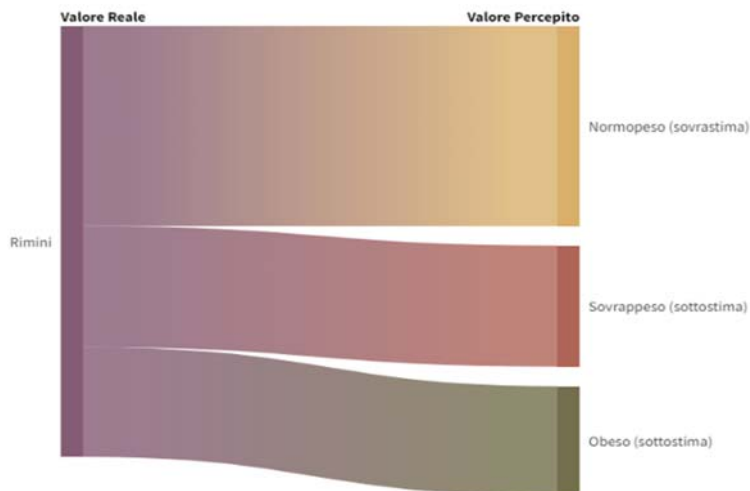
L'81,4% delle madri rispondenti afferma che il proprio figlio è normopeso. Nessuna delle madri con figli obesi percepisce questa problematica nel proprio figlio e solo l'8,7% lo percepisce in sovrappeso.

L'incapacità genitoriale nel riconoscere l'eccesso di peso dei bambini è stata proposta come un fattore che contribuisce all'aumento dei livelli di obesità infantile (Parkinson *et al.*, 2017). Tuttavia, come si può, immediatamente, visualizzare nella distanza evidenziata dal diagramma a flusso (fig. 2), c'è una totale mancanza di percezione tra tutti i figli obesi il cui valore di sottostima è pari allo stato ponderale reale.

La premessa di questa argomentazione è che se i genitori fossero in grado di riconoscere l'obesità del loro bambino, sarebbero motivati a cambiare i comportamenti della loro famiglia e cercare un trattamento per l'obesità.

Secondo alcuni studi sulla percezione, la normalizzazione delle pratiche, l'idea che l'età dello sviluppo migliorerà il corpo dei bambini nonché il giudizio sociale e una sorta di colpa interiorizzata che attribuiscono la responsabilità nelle scelte alimentari e di esercizio ai genitori, possono essere fattori che guidano le errate percezioni dei genitori (Zenlea *et al.*, 2017).

[2] Confrontando le dichiarazioni dei partecipanti sui loro livelli di attività fisica con i dati forniti da Fitbit per uso medico è emerso che le persone avevano sovrastimato la loro attività fisica (ogni settimana facevano circa la metà dell'esercizio riportato sul diario) come in Health and Social Care Information Centre, Lifestyle Statistics (2009). In: digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england/health-survey-for-england-2008-physical-activity-and-fitness.

Fig. 2 – Il "peso" della percezione a Rimini

Tab. 4 – Caratteristiche di peso corporeo su valori IMC delle madri rispondenti

Stato ponderale madri rispondenti	Stato ponderale calcolato
Sottopeso	4,5%
Normopeso	76,1%
Sovrappeso	12,4%
Molto sovrappreso (obeso)	7%

Tab. 5 – Caratteristiche di peso corporeo su valori IMC dei bambini con variazione %

Stato ponderale bambini	Stato ponderale REALE	Stato ponderale PERCEPITO dalle madri rispondenti	Variazione percentuale (sottostima/sovrastima)
Sottopeso	6,6%	6,8%	0,2 sovrastima
Normopeso	60,3%	81,4%	21,1% sovrastima
Sovrappeso	21,5%	8,7%	12,8% sottostima
Molto sovrappreso (obeso)	11,5%	0%	11,5% sottostima

4. Il modello educativo è "socialmente" trasmissibile? Uno sguardo all'Europa meridionale

Nella società moderna, i rischi (Beck, 2000) sono autoprodotti nel/dal tessuto sociale. Dalla (presunta) possibilità di governare la natura e dalla conoscenza, non dall'ignoranza, sono generati, dunque, i rischi. Ampliando la riflessione, oltre il confine nazionale, entriamo, ora, attivamente in contatto con la realtà della sorveglianza europea all'obesità infantile per il progetto *Childhood Obesity Surveillance Intiative* (COSI). La riflessione si orienta, quindi, verso le errate percezioni di peso come conseguenza di un modello socio-educativo comune a molti paesi dell'Europa meridionale. Questi paesi, infatti, sembrano avere tratti storici, socio-culturali, geografici, di genere simili che si sono sedimentati e sono stati trasmessi nel corso del tempo in maniera più marcata rispetto all'Europa Nord e Orientale.

Osservando i dati dei 22 paesi COSI Europe (Ramos *et al.*, 2021) che hanno aderito alla sorveglianza sul peso, in età infantile, si è proceduto ad effettuare un'analisi su dati secondari, in particolare, sulla variazione percentuale tra valore di normopeso, sovrappeso e obesità reale (calcolata sui valori di IMC inseriti dai genitori rispondenti ai questionari dei vari paesi) e quella percepita al fine di osservarne il Delta di scostamento[3] (fig. 3). In primo luogo, sono stati estrapolati i paesi facenti parte dell'Europa meridionale secondo la distinzione geo-politica definita dall'ONU[4]. In secondo luogo, si è proceduto a definire, per ogni paese, il Delta di scostamento tra valore reale e valore percepito dai genitori rispondenti sulle variabili di normopeso, sovrappeso e obesità osservando, valori di sovrastima ed errate percezioni nelle variabili di sovrappeso, obesità e di sottostima in quella di normopeso. Come si può notare dal grafico (fig. 3), in tutte le variabili prese in considerazione le distanze dei singoli flussi rappresentano le maggiori o minori percezioni errate. Le previsioni più vicine al dato reale si hanno nella considerazione del sovrappeso (le linee di flusso sono nettamente più vicine tra loro) mentre ai due poli si trovano i flussi che sovrastimano il normopeso (dal grafico si nota una maggiore distanza per tutti i paesi considerati tranne per la Turchia in cui il flusso di percezione non è graficamente rappresentato poiché il dato viene sottostimano)[5] e soprattutto sovrastimano l'obesità (sul podio delle errate percezioni troviamo Spagna Δ^{6}=16,7; Malta Δ=16,5 e Italia Δ=15,6). Albania e Turchia sono i paesi dell'Europa meridionale in cui si osservano, in senso positivo, le principali differenze. Il grafico (fig. 3), infatti, mostra scarti di errore non troppo significativi, probabilmente, anche perché entrambi i paesi sono, geograficamente e socio-culturalmente, "ibridi" nelle influenze sia occidentali che orientali.

Fig. 3 – Il "peso" della percezione in Europa meridionale

[3] Il Delta di scostamento è calcolato, in questo studio, dalla variazione percentuale tra il valore di peso reale dei bambini e quello percepito dai genitori per ogni variabile normopeso, sovrappeso, obeso relativa ai paesi europei considerati.

[4] Cfr. *Standard country or area codes for statistical use* (M49) - Geographic Regions, disponibile al sito: unstats.un.org.

[5] Il valore reale si attesta a 72,1% mentre quello percepito al 67,5%.

[6] Dove Δ=Delta di scostamento o variazione percentuale.

A questa prima panoramica, sulle percezioni di peso, segue una revisione della letteratura. Estrapolando alcuni concetti chiave si è provato a ricostruire uno schema socio-culturale europeo in cui si rilevano alcuni tratti di comunanza e distanza tra le varie aree dell'Europa (tab. 6). A partire da questo schema europeo, si analizzano la dieta alimentare, prevalentemente, seguita, la figura di riferimento in cucina, il livello di attenzione verso stili di vita attivi, la tipologia di welfare sanitario presente e il grado di radicamento sociale di canoni estetici di magrezza.

Tab. 6 – Idealtipo di modello socio-culturale europeo

"Idealtipo" socio-culturale Europeo			
	Europa meridionale[7]	**Europa settentrionale**	**Europa orientale**
PAESI[8]	Albania, Croazia, Italia, Malta, Montenegro, Portogallo, San Marino, Spagna, Turchia	Danimarca	Bulgaria, Georgia, Kazakistan, Kirghizistan, Lituania, Lettonia, Polonia, Repubblica Ceca, Romania, Federazione Russa (Mosca), Tagikistan, Turkmenistan
Fattori sociali, culturali, politico-sanitari comuni			
Dieta alimentare	Mediterranea[9]	Nordica[10]	Rurale[11]
Figura prevalente in cucina[12]	Donna	Donna-Uomo	Donna
Radicamento delle attività fisiche nel vissuto collettivo	Basso	Alto	Medio-basso
Sistema sanitario[13]	Welfare meridionale	Welfare social-democratico	Welfare "ibridi"
Soddisfazione estetica del corpo	Estetica del corpo magro con resistenze[14].	Soddisfazione del corpo[15]	Disturbi dell'immagine corporea o coercizione verso l'alimentazione forzata (*gavage*)[16].

Il campo si restringe, poi, all'Europa meridionale, andando ad analizzare quali, tra questi tratti, siano più determinanti nella ricostruzione di un modello ideale socio-educativo che potrebbe influenzare le errate percezioni genitoriali sul peso dei figli. I paesi considerati appartengono alla cosiddetta "olive belt" (Brunello, D'Hombres, 2007) un'area geografica in cui il regime alimentare si basa sul riferimento teorico alla dieta mediterranea. Tuttavia, nella pratica gli individui la interpretano erroneamente assumendo troppe calorie giornaliere, a frequenza sbagliata, prediligendo alimenti conservati al posto di quelli freschi. Inoltre, comune a questi paesi è la rappresentazione, nel percorso infantile, del cibo come "carburante" di crescita che verrà smaltito nell'età dello sviluppo (De Matteis, 2020). La quasi totalità di questi paesi vede le madri quali principali rispondenti (tra 70-80%) riflettendo tale atteggiamento

[7] Suddivisione politica ONU. Cfr. *Standard country or area codes for statistical use* unstats.un.org.
[8] Per ulteriori dettagli Ramos *et al.*, op. cit.
[9] Alimenti base: verdure fresche (stagionali), cereali integrali, leguminose, frutta fresca (stagionale), prodotti della pesca (freschi composti quasi esclusivamente da pesce azzurro stagionale) (CREA, op.cit).
[10] Alimenti base: grandi quantità di pesce, frutta secca e legumi, cereali integrali e bacche. Cfr. Krznarić *et al.* (2021).
[11] Alimenti base: pane e prodotti a base di cereali, patate, legumi, verdure conservabili, frutta e verdura conservate, latticini e uova, pollame, prodotti lavorati a base di carne e strutto per cucinare (Stefler *et al.*, 2020).
[12] Cfr. www.istat.it/it/files/2017/10/WomenMenEuropeDigitalPublic ation2020_it.pdf.
[13] Cfr. Ferrera, op. cit.
[14] Vedasi Schooler (2008).
[15] Per ulteriori dettagli Ansari *et al.* (2010).
[16] Cfr. Madan *et al.* (2018); Ouldzeidoune *et al.* (2013); Page *et al.* (2007); Han (2003).

anche sul ruolo, prevalente, della donna nella cura dei figli, nei lavori domestici ma soprattutto nelle scelte in cucina. Gli stili di vita si fondano su una scarsa cultura collettiva "attiva" dovuta sia a fattori strutturali (scarsa gratuità dei servizi sportivi) che urbani (assenza di ciclabili, pochi spazi *outdoor* dedicati al movimento) e le percezioni corporee che subiscono, fortemente, l'influenza dei canoni estetici di bellezza occidentale orientati all'esaltazione del corpo magro e alla denigrazione di quello grasso. In particolare, all'interno di questi paesi pur essendo forte lo spettro dell'estetica del corpo magro, tipica dei paesi occidentali, e pur aderendovi teoricamente, all'atto pratico, molte etnie riportano una maggiore resistenza all'interiorizzazione di tale ideale. In Italia, ad esempio, pur tendendo ad uno standard di struttura corporea alta e magra, l'aspetto "morbido" risulta tra le conformazioni più caratterizzanti di donne e uomini. Tale assunto determina una tendenza a negare l'eccesso di peso in quanto etichettabile (Schooler, 2008). Ciò si mescola ad eventi storici e sociali simili come le guerre mondiali e/o la presenza di regimi autoritari (cui sono seguite carestie e periodi di scarsità) che hanno permesso il sedimentarsi di un sistema di welfare state[17] basato sull'idea di famiglia quale ammortizzatore sociale (Ferrera, 2021). Oltre a questo, andando ad analizzare il concetto che di obesità nei Paesi dell'Europa meridionale considerati viene definito, se ne rileva una frammentarietà e una non univocità in cui si parla di condizione di accumulo eccessivo di peso (Italia, San Marino, Spagna), grande fattore di rischio per ulteriori malattie (Albania, Malta), fattore di rischio ma anche una malattia (Croazia), problema di salute pubblica (Montenegro), problema di salute pubblica ma anche malattia cronica (Portogallo), malattia cronica (Turchia). Nei tratti di verosimiglianza e di "confusione", ne emerge un *fil-rouge* comune in cui la vicinanza geografica ma anche la similitudine nei canoni dietetici, stilistici, socio-politici ed estetici sembra "trasmessa" socialmente. Questo "modello" seppur ideale e ricostruito sui dati secondari dello studio COSI (Ramos *et al.*, 2021) e sulla base della letteratura disponibile prova a riflettere su come l'influenza di esperienze e culture con tratti comuni possa normalizzare determinate pratiche, percepirle in una derminata prospettiva, perpetrarle e, poi, trasmetterle "socialmente" di generazione in generazione, a distanza di spazio e tempo. E Rimini all'interno di questa traiettoria ha assorbito – in misura maggiore o minore – sia i fattori positivi che quelli negativi di questo "rimbalzo sociale e adiposo", riproducendoli "di madre in figlio".

[17] Con il termine welfare state si intende un insieme di politiche pubbliche tramite le quali lo Stato fornisce ai propri cittadini protezione contro rischi e bisogni prestabiliti sottoforma di assistenza, assicurazione o sicurezza sociale (Ferrera, op. cit.).

Conclusioni

In queste pagine si intende tirare le fila cercando di fornire una trattazione organica fondata sull'integrazione tra la cornice teorica di riferimento e quella empirica emersa ma anche una lettura aggiornata e per, certi aspetti, sociologicamente inedita. All'interno del dibattito interpretativo, spesso contraddittorio, si è voluto posizionare l'obesità – con attenzione a quella in età pediatrica – in un'ottica *liquida* e di *life course*, come condizione endemica sintonizzata su vari livelli di gravità clinici e sociali che possono retroagire o cronicizzarsi, includere o escludere andando verso una nuova metrica bio-psico-sociale. L'obesità, pertanto, è stata considerata una malattia ma anche un fattore di rischio molto elevato.

L'obesità infantile può essere vista lungo una dimensione allarmistica quale "una delle più grandi sfide del XXI secolo" sia da un punto di vista medico che sociale responsabilizzando, anche moralmente, gli individui, sia adulti che bambini. Si tratta di una visione neoliberista dell'obesità. In particolare, si evidenzia il ruolo che l'alimentazione e lo stile di vita giocano nei meccanismi che possono portare all'eccesso di peso. Preso atto dell'universo di riferimento, si è indagato quali fattori sociali potessero facilitare, limitare e influenzare le decisioni sulle scelte alimentari e gli stili di vita delle famiglie in un contesto, peculiare, come quello della Regione Emilia-Romagna e del caso studio di Rimini. Inoltre, si è approfondito il grado di consapevolezza che all'interno di esse, gli adulti avessero nella funzione di trasmissione educativa riguardo ai comportamenti alimentari e di vita dei propri figli.

Riflettendo sui vari ambiti, ritenuti fondamentali per perseguire gli obiettivi, si riporta, una sintesi analitica, di quanto emerso.

All'interno delle famiglie riminesi osservate:

- la stragrande maggioranza dei bambini è abituata a fare colazione;
- vi è una buona consapevolezza nei benefici del consumo di cibo bio, verdura, frutta e degli effetti dannosi di un consumo eccessivo di zucchero. Un atteggiamento che per alcuni è stato stimolato grazie al servizio mensa scolastico;
- la gran parte dei bambini guarda programmi in TV o su altri dispositivi (ma non gioca) durante i pasti nei giorni feriali e festivi;
- nel tempo libero, specie nei festivi, vi è un aumento nell'utilizzo di PC/Tablet/Smartphone/Videogames mentre l'attività fisica strutturata risulta "moderata" e si concentra negli spazi *indoor*.

Nel contesto delle scuole primarie:

- quasi la maggioranza dei bambini usufruisce della mensa scolastica, per tutta la settimana. I 2/5 dei genitori, tuttavia, lamenta un costo troppo elevato;
- la mensa influisce sulle famiglie in termini di consapevolezza al biorispetto, soddisfazione e gradimento;
- poco più dei 3/5 dei bambini fa attività motoria tra 1-2 ore da curricolo. A questo vengono integrati progetti sul movimento "attivo";
- i progetti educativi sportivi e alimentari, aggiunti ai curricula scolastico, si dimostrano strategie efficaci nel rapporto scuola-famiglia.

La refezione scolastica possiede, a Rimini, una propria identità. Da questo punto di vista, troviamo un'impronta molto forte sia per la continua ricerca di possibili

connessioni tra qualità, bio-rispetto e salute e sia per la volontà di instaurare un dialogo, non privo di nodi da sciogliere, tra scuola e famiglie. Per quanto riguarda l'educazione alimentare, la presenza di una comunità interlocutrice e portavoce attiva dà l'opportunità alle istituzioni locali di riflettere sui dati e sulle modalità di sviluppo sociale e di salute ma anche di abbattimento dei costi al fine di offrire un concreto supporto a famiglie e popolazione infantile facendo sempre più, *delle mense, virtù* del territorio.

Rimini, come emerso, già da molti anni cerca di dimostrare che sicurezza, sostenibilità e socialità sono aspetti imprescindibili per una offerta competente, attenta e sensibile. Un esempio che trova nei valori delle proprie radici, nei prodotti locali e a filiera corta, i suoi punti di riferimento, alternando il buon cibo a qualità ed educazione ma anche a pratiche di inclusione, ecologia e convivialità. La popolazione riminese adulta, poi, che in questo studio, risulta prevalentemente occupata e con un'istruzione medio-alta, rappresenta un tessuto sociale fertile all'interno e insieme al quale implementare modelli "virtuosi" che determinano un impatto positivo in termini di salute globale nonché di prevenzione e riduzione del rischio di sovrappeso e obesità in età evolutiva. Se l'obiettivo è instaurare un dialogo sull'alimentazione scuola-famiglia in una sorta di co-educazione, intra e inter generazionale, la sfida resta – a scuola come a casa – trasporre la sana alimentazione in un piatto desiderabile e sostenibile economicamente.

In relazione all'educazione motoria, poi, alcune scuole riminesi stanno sperimentando, già da alcuni anni, l'idea di movimento orientato non solo al mero "fare didattica con il corpo" ma ad "incorporare nella didattica abilità, saperi e competenze" (Faggioli, Schenetti, 2020). Secondo recenti studi, la progettazione di nuove esperienze di movimento, a scuola, può inserirsi anche nell'attività curriculare di altri contesti disciplinari "lezione fisicamente attiva", o nei momenti di passaggio tra una lezione e l'altra, "pause attive". Ormai, molte evidenze scientifiche dimostrano che è più facile comprendere la sillabazione ritmando con le mani l'elisione dentro e tra le parole, comprendere eventi storici e narrazioni utilizzando forme di drammatizzazione e giochi di ruolo, l'aritmetica e la matematica manipolando oggetti e quantità e che interrompere, per periodi di 10-15 minuti, la lezione per effettuare esercizi di allungamento muscolare, autocontrollo respiratorio, mobilità articolare, andature sul posto, danza, ginnastica aerobica in aula migliorano l'attenzione e il rendimento scolastico (Carlson *et al.*, 2015). Dunque, è importante continuare a progettare esperienze che incoraggino, stimolino e attivino il movimento coinvolgendo tutti gli attori che ruotano intorno alla vita del bambino in modo multidirezionale. Una recente novità, nel personale organico delle primarie, dell'anno scolastico 2022/2023, è la presenza di uno specifico insegnante di educazione motoria laureato per almeno una delle 2 ore dedicate alla materia. Un inserimento che, attualmente, se nella gran parte delle regioni d'Italia sarà graduale e riservato solo alle classi quinte, in Emilia-Romagna, prevede già un "tutor per l'educazione fisica" fin dalla prima elementare[1].

In relazione alla sensibilità del contesto istituzionale amministrativo e socio-sanitario della regione Emilia-Romagna e della città di Rimini si rileva un percorso di promozione verso l'importanza dell'educazione alimentare e degli stili di vita attivi avviato già a partire dagli anni Novanta e che continua ad essere "in corso" di implementazione mediante un'alleanza famiglia-scuola-altre istituzioni. Tale alleanza, simbolicamente e praticamente, sostiene la crescita dei bambini. In termini socio-sanitari, il modello a "rete" di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso originato da un team di medici proprio a Rimini, esportato nella regione Emilia-Romagna

[1] Cfr. www.sportesalute.eu/progettoscuolattiva/kids-emilia-romagna.html.

e divenuto, recentemente, *country example* per il WHO a cui si integra, uno strumento di *health equity audit* funge da capillare sostegno per la prevenzione pre e perinatale, soprattutto, negli strati sociali meno abbienti.

Le madri emergono come il più forte fattore condizionante di sovrappeso e obesità del bambino. Non solo la letteratura, ma anche l'analisi statistica (9 rispondenti su 10) e quella qualitativa mostrano il ruolo primario materno nella cura delle abitudini dei bambini. Il rapporto tra madri e figli, pertanto, in questa ricerca risulta fortemente correlato. Infatti, è statisticamente associato che se la madre è obesa, il 7,4% dei bambini è in sovrappeso o obeso. Le madri, però, sottovalutano l'obesità dei figli. Il 79,7% di coloro che hanno figli in sovrappeso e il 56,3% che hanno figli obesi li percepiscono normopeso.

Dall'analisi sia del materiale qualitativo che quantitativo emerge, quindi, un legame tra i contesti: famiglia, scuola, territorio. La costruzione di un dialogo sulle abitudini alimentari e gli stili di vita tra famiglie-bambini, scuola e contesto territoriale è, certamente, uno strumento importante per continuare a ideare ed implementare opportunità.

Se dall'osservazione del contesto relativo agli stili di vita e alle abitudini alimentari si osserva una resilienza in questa popolazione che appare ben istruita, occupata e attenta a consumare determinati cibi e a perseguire determinati stili di vita, il fattore "eccezionale" COVID-19 è riuscito a far vacillare anche le vite di quelle famiglie socio-economicamente meno vulnerabili. Dall'osservazione del contesto familiare, durante i *lockdown* considerati, infatti, si nota che più della metà dei genitori rispondenti hanno subito mutamenti in ambito lavorativo. Le ragioni, tuttavia, sono, prevalentemente, dovute alle modalità di lavoro (*smartworking*, didattica a distanza e presenza di diversi operatori socio-sanitari) e non da perdita o mancanza di lavoro. Nonostante economicamente riuscissero a sostenere le proprie famiglie, i loro figli, infatti, hanno avuto peggioramenti in abitudini alimentari e stili di vita associati statisticamente a:

- non-attenzione alimentare e pasti poco equilibrati;
- aumento nel consumo di cibo, specie *junk food*;
- tempo fisicamente non attivo speso a casa;
- più di 3 ore di tempo trascorso davanti agli schermi.

In termini di acquisizione di peso, certamente, la *Covibesity* resta più incisiva nelle famiglie socio-economicamente svantaggiate.

Considerando, dunque, i risultati, è possibile affermare che, potenzialmente, il contesto sociale riminese offre delle preziose strategie per prevenire e trattare l'obesità a partire dall'ambiente familiare e, in secondo luogo, dal supporto "a rete" scolastico, extra-scolastico, medico e istituzionale. Purtroppo, la riorganizzazione della vita quotidiana, l'interruzione e/o l'intermittenza del programma scolastico, in presenza, la somministrazione irregolare di cibo adeguato e in particolare biologico a scuola ha creato un peggioramento nelle abitudini alimentari e di vita trasversale a tutte le famiglie.

Da questo studio si evidenzia come i fattori strutturali "incarnati" o assorbiti dalle famiglie possano influenzare, limitare, ostacolare le scelte alimentari dei figli. In particolare, si dimostra come le madri abbiano un peso importante nella trasmissione e nell'apprendimento di un'educazione alimentare che può avere degli effetti lungo il corso di vita del bambino. Il COVID-19 ha agito come fattore "eccezionale" esacerbando condizioni di vulnerabilità pregresse o originando un rischio all'interno di famiglie che, in precedenza, avevano, al contrario, una rete più solida. A partire dalle domande iniziali, poi, l'ipotesi era quella di voler verificare se un contesto come quello romagnolo, caratterizzato già da un livello medio di sovrappeso o obesità ma

anche da una grande capacità di reazione sociale e istituzionale, potesse rappresentare un modello di influenza positiva, non solo su scala medica ma anche sociale. Questa ricerca, ricostruisce lo spaccato sociale riminese come una sorta di "modello" in cui il dialogo "in rete" tra famiglie, scuola e istituzioni socio-sanitarie e amministrative ha creato un territorio fertile e resiliente anche davanti alle difficoltà. Il "modello riminese" appare, ad oggi, lo strumento da cui partire per supportare, stimolare e implementare possibili, nuove strategie biopedagogiche integrative nella presa in carico ma anche nella prevenzione all'obesità infantile. E fortificando l'interdipendenza tra attori e contesti si potrebbe riuscire a sostenere, anche meglio, l'*empowerment* delle famiglie inteso come una corretta consapevolezza, percezione e comprensione dello "stare in salute" del bambino nonostante le difficoltà.

In futuro, sarebbe interessante indagare come evolverà questa situazione anche ripensando l'obesità infantile nella società post COVID-19. David e Le Dévédec (2019) sostengono che, in questo nuovo orizzonte, si debba prendere in considerazione la "preparazione" (*preparedness)* al fine di sostituire l'universo del rischio con una plausibile ma imprevedibile minaccia che richieda un adattamento oltre ogni probabilità. Per tale ragione, sarebbe utile che tutti gli individui siano in grado di deuteroapprendere ossia "apprendere ad apprendere" al fine di educarli alla salute alimentare e a comportamenti salubri, non solo mettendo a punto programmi specifici che forniscano corrette e documentate informazioni sanitarie, ma coinvolgendoli, attivamente, con la partecipazione sociale, con l'eliminazione di certe rappresentazioni di obesità connesse ad atteggiamenti moralistici e fatalistici che possano accrescere la fiducia nelle istituzioni e diminuire gli atteggiamenti di mera speranza.

Le persone, infatti, spesso fanno fatica a percepire il cibo ma anche lo scarso movimento come rischi derivanti dal loro comportamento e si preoccupano in maniera più cospicua degli eventi che non possono controllare ma che è meno probabile accadano. Inoltre, agire sulle percezioni vuol dire lavorare su una conoscenza radicata in modo errato magari negata nella sua evidenza o già normalizzata.

In tale ottica, l'obesità infantile si riconfigura su modelli di intervento che possano prevenirla nel presente ed evidenziarne l'importanza lungo il corso di vita futuro (Monaghan, Rich, Bombak, 2022).

Bibliografia di riferimento

Abc7NY (2020), *Got the travel itch? New Lay's chip flavors take lucky winners around the world*, «Food & Drink», 23 agosto.

Adams J. (2020), *Addressing socioeconomic inequalities in obesity: Democratising access to resources for achieving and maintaining a healthy weight*, «PLoS Med.», 17(7), e1003243. Doi: 10.1371/journal.pmed.1003243

Adelon N.P. (1812), *Dictionnaire des sciences médicales*, C.L.F. Panckoucke, Paris.

Adolphus K., Lawton C.L., Dye L. (2013), *The effects of breakfast on behavior and academic performance in children and adolescents*, «Frontiers in human neuroscience», 7, pp. 85-112. Doi: 10.3389/fnhum.2013.00425

Aggio D., Smith L., Fisher A., Hamer M. (2016), *Context-Specific Associations of Physical Activity and Sedentary Behavior With Cognition in Children*, «American Journal of Epidemiology», 15 june, 183(12), pp. 1075-1082.

Agliata D., Tantleff-Dunn S. (2004), *The impact of media exposure on males' body image*, «Journal of Social and Clinical Psychology», 23(1), pp. 7-22.

Aidepi-Doxa (2015), *Quando nasce la colazione italiana? Un salto negli anni '50. Dal pane raffermo alla zuppa di latte, ai primi biscotti*, «Io comincio bene», 17 marzo.

Allirot X., da Quinta N., Chokupermal K., Urdaneta E. (2016), *Involving children in cooking activities: A potential strategy for directing food choices toward novel foods containing vegetables*, «Appetite», Aug 1, 103, pp. 275-285.

Altieri L., Mori L. (2003), "La complessità del chiedere. Il questionario come strumento emblematico e problematico della ricerca sociologica", in Cipolla C., a cura di, *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano.

American College of Cardiology (2019), *Five or More Hours of Smartphone Usage per Day May Increase Obesity: Recent Study Found Risk of Obesity Increased by 43%*, «ScienceDaily», 25 July.

Amy E., Guptill A.E., Copelton D.A., Lucal B. (2016), *Food and Society: Principles and Paradoxes, 2nd Edition*, John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Arango C.M., Parra D.C., Gómez L.F., Lema L., Lobelo F., Ekelund U. (2014), *Screen Time, Cardiorespiratory Fitness and Adiposity among School-Age Children from Monteria, Colombia*, «Journal of Science and Medicine in Sport», 17, pp. 491-495.

Armstrong D. (2005), *Chronic illness: epidemiological or social explosion?*, «Chronic Illness», 1(1), pp. 26-27. Doi: 10.1177/17423953050010011501

Arthur R. (2020), *Coca-Cola dedicates Share a Coke to "everyday heroes"*, «Beverage Daily», 2 dicembre.

Atlas (2022), *World Obesity Atlas 2022*, World Obesity Federation, London.

Au C.P., Raynes-Greenow C.H. *et al.* (2013), *Fetal and maternal factors associated with neonatal adiposity as measured by air displacement plethysmography: a large cross-sectional study*, «Early Hum Dev.», 89, pp. 839-43.

AUSLR Rimini (2016), *OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2016, Rimini*, ISS, Roma.

AUSLR Rimini (2019), *OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2019. Azienda USL della Romagna Ambito di Rimini*, ISS, Roma.

Avery A., Anderson C., McCullough F. (2016), *Associations between children's diet quality and watching television during meal or snack consumption: A systematic review*, «Wiley Maternal & Child Nutrition», 13(4), p. e12428.

Bacchi C.L. (2019), "Introducing the «What's the Problem Represented to be?»", in Tröndle M., Steigerwald C., ed., *Anthologie Kulturpolitik: Einführende Beiträge zu Geschichte, Funktionen und Diskursen der Kulturpolitikforschung*. Transcript Verlag, Bielefeld.

Bagnasco A., Barbagli M., Cavalliet A. (2012), *Corso di sociologia*, il Mulino, Bologna.

Bagnato K. (2021), *The hikikomori phenomenon in Italy at the time of the pandemic: pedagogical implications*, «Annali online della Didattica e della Formazione Docente», 13(21), pp. 129-149. Doi: 10.15160/2038-1034/2329

Baig U., Belsare P., Watve M., Jog M. (2011), *Can Thrifty Gene(s) or Predictive Fetal Programming for Thriftiness Lead to Obesity?*, «J Obes.», 861049.
Balcetis E., Cole S., Duncan D.T. (2020), *How Walkable Neighborhoods Promote Physical Activity: Policy Implications for Development and Renewal*, «Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences», 7(2), pp. 173-180
Barbero A. (2017), *A che ora si mangia? Approssimazioni storico-linguistiche all'orario dei pasti (secoli XVIII-XXI)*, Quodlibet, Macerata.
Barker D.J. (2007), *The origins of the developmental origins theory*, «J Intern Med.», 261, pp. 412-417.
Barley O.R., Chapman D.W., Abbiss C.R. (2018), *Weight Loss Strategies in Combat Sports and Concerning Habits in Mixed Martial Arts*, «International Journal of Sports Physiology and Performance», Aug., 13(7), pp. 933-939.
Baudrillard J. (2020), *Lo specchio della produzione. Critica dell'industria del desiderio*, Eterotopie, Sesto San Giovanni.
Bauman Z. (2011), *Modernità liquida*, Laterza, Bari.
Beck U. (2000), *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Carocci, Roma.
Bellini E., Grieco M.P., Raposio E. (2017), *A journey through liposuction and liposculture*, «Review. Ann Med Surg (Lond).», Nov. 6, 24, pp. 53-60.
Benasso S., Stagi L. (2018), *Ma una madre lo sa? La responsabilità della corretta alimentazione nella società neoliberale*, University Press, Genova.
Bernell S., Howard S.W. (2016), *Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease?*, «Front. Public Health», August 2. Doi: 10.3389/fpubh.2016.00159
Binkin N., Spinelli A., Baglio G., Lamberti A. (2013), *What is common becomes normal: the effect of obesity prevalence on maternal perception*, «Nutr Metab Cardiovasc Dis.», May, 23(5), pp. 410-6. Doi: 10.1016/j.numecd.2011.09.006
Bloor M., Frankland J., Thomas M., Robson K. (2002), *I focus group nella ricerca sociale*, Erickson, Trento.
Blüher M. (2019), *Obesity: global epidemiology and pathogenesis*, «Nat Rev Endocrinol.», 15, pp. 288-298. Doi: 10.1038/s41574-019-0176-8
Bodkin H. (2019), *Peppa Pig and Paw Patrol "worst offenders" for promoting unhealthy children's food*, «The Telegraph», June 4.
Bologna E. (2020), *Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione*, «Rapporto Osservasalute», 1, pp. 1-64.
Bourdieu P. (2001), *La distinzione. Critica sociale del gusto*, il Mulino, Bologna.
Bourdieu P. (2016), *Il senso pratico*, Armando, Roma.
Branca F., Nikogosian H., Lobstein T. (2007), *La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta*, WHO, Geneva.
Breda J., McColl K., Buoncristiano M. *et al.* (2020), *Methodoloogy and implementation of the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative*, «Obesity Reviews», 22(S6), p. e13215. Doi: 10.1111/obr.13215
Brown J.E., Broom D.H., Nicholson J.M., Bittman M. (2010), *Do working mothers raise couch potato kids? Maternal employment and children's lifestyle behaviours and weight in early childhood*, «Social Science & Medicine», 70(11), pp. 1816-1824.
Brunello G., D'Hombres B. (2007), *Does body weight affect wages? Evidence from Europe*, «Econ Hum Biol.», Mar, 5(1), pp. 1-19. Doi: 10.1016/j.ehb.2006.11.002
Buchwald H. (2014), *The Evolution of Metabolic/Bariatric Surgery*, «Obes. Surg.», 24, pp. 1126-1135. Doi: 10.1007/s11695-014-1354-3
Burki T. (2021), *European Commission classifies obesity as a chronic disease,* «Lancet Diabetes Endocrinol.», 9(7), p. 418.
Bury M. (2005), *Sulla malattia cronica e la disabilità*, «Salute e Società», 4(1), pp. 147-164.
Cahnman W.J. (1968), *The Stigma of Obesity*, «Sociological Quarterly», 9, pp. 283-299.
Campos P., Saguy A., Ernsberger P., Oliver E., Gaesser G. (2006), *Lifestyle not weight should be the primary target*, «International Journal of Epidemiology», 35(1), pp. 81-82.
Capatti A., Montanari M. (2006), *La cucina italiana. Storia di una cultura*, Laterza, Bari.
Cappellato V., Moiso V. (2020), "Salute e corsi di vita", in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G., a cura di, *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna.
Cardano M. (2003), *Tecniche di ricerca qualitativa*, Carocci, Roma.

Cardano M. (2008), *Diseguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi*, «Polis», Aprile, XXII(1), pp. 119-146.
Cardano M. (2020), *Argomenti per la ricerca qualitativa. Disegno, analisi, scrittura*, il Mulino, Bologna.
Carlson J.A., Engelberg J.K., Cain K.L. *et al*. (2015), *Implementing classroom physical activity breaks: Associations with student physical activity and classroom behaviour*, «Prev Med.», Dec, 81, pp. 67-72.
Casanova F., Mixão M.P. (2022), *DGS recruta jovens para analisar exposição a publicidade alimentar*, 18 Agosto, disponibile al sito: https://rr.sapo.pt/noticia/pais/2022/ 08/18/dgs-recruta-jovens-para-analisar-exposicao-a-publicidade-alimentar/296 300/.
Caselli G., Egidi V., Strozza C. (2021), *L'Italia longeva. Dinamiche e diseguaglianze della sopravvivenza a cavallo di due secoli*, il Mulino, Bologna.
Casolo F., Alberti G., Orizio C. *et al*. (2016), *Lombardia in gioco: a scuola di sport. Advocacy project 2015-2016*, Congresso SISMES, Roma.
Castelli B. (1642), *Lexicon medicorum ex Hippocrate et Galeno desumptum*, Apud Io. Baptistae Cestari & Franciscum Bolzettam, Venezia.
Cavazza N., Guidetti M. (2020), *Scelte alimentari. Foodies, vegani, neofobici e altre storie*, il Mulino, Bologna.
Cazzoli S., Lanza M. (2020), "Programmazione e progettazione dell'educazione fisica nella scuola primaria", in Ceciliani A., a cura di, *L'educazione motoria nella scuola primaria,* Carocci, Roma.
Ceciliani A. (2018), *Didattica integrata quali-quantitativa, in educazione motoria-sportiva, e benessere in età evolutiva*, «Formazione & Insegnamento», 1, pp. 183-193.
Centers for Disease Control and Prevention (2021), *Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*, «CDC», June 7.
Chaber A.L. (2018), *The Era of Human-Induced Diseases*, «EcoHealth», 15(1), pp. 8-11.
Chicchi F., Simone A. (2017), *La società della prestazione*, Ediesse, Roma.
Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI (2014), *European Childhood Obesity Surveillance Initiative Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010)*, WHO, Geneva.
Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI (2018), *Overweight and obesity among 6–9-year-old children. Report of the third round of data collection 2012–2013*, WHO, Geneva.
Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI (2020), *Physical activity habits of children aged 6-9 in the WHO European region*, WHO, Geneva.
Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI (2021), *Report on the fourth round of data collection, 2015–2017*, WHO, Geneva.
Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI (2022), *Report on the fifth round of data collection, 2018–2020*, WHO, Geneva.
Chou L.N., Chen M.L. (2017), *Influencing Factors of the Body Mass Index of Elementary Students in Southern Taiwan*, «International Journal of Environmental Research and Public Health», 14, p. E220.
Chou S., Rashad I., Grossman M. (2008), *Fast-Food Restaurant Advertising on Television and Its Influence on Childhood Obesity*, «The Journal of Law & Economics», 51, pp. 599-618. Doi: 10.1086/590132
Cittadinanza Attiva (2021), *Mense scolastiche: ecco quanto pagano le famiglie. "Per l'estate mensa gratuita per gli studenti"*, «Comunicati», 30 aprile.
Clark A., Moss P. (2011), *Listening To Young Children: The Mosaic Approach (2nd ed.)*, National Children's Bureau, London.
Clarke A.E., Shim J. (2011), "Medicalization and Biomedicalization Revisited: Technoscience and Transformations of Health, Illness and American Medicine", in Pescosolido B., Martin J., McLeod J., Rogers A., eds., *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing. Handbooks of Sociology and Social Research*, Springer, New York.
Clemente C., Greco E. (2018), *La promozione della salute alimentare nelle scuole: Una indagine nel sud dell'Italia*, «Salute e Società», 17(3), pp. 103-117.

Cockerham W.C., Hamby B.W., Hankivsky O., Baker E.H., Rouhani S. (2017), *Self-rated health and barriers to healthcare in Ukraine: The pivotal role of gender and its intersections*, «Communist and Post-Communist Studies», 50(1), pp. 53-63.
Codeluppi V. (2007), *La vetrinizzazione sociale. Il processo di spettacolarizzazione degli individui e della società*, Bollati Boringhieri, Torino.
Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H. (2000), *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*, «BMJ», May 6, 320(7244), pp. 1-6. Doi: 10.1136/bmj.320.7244.1240
Commission on Social Determinants of Health (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health*, WHO, Geneve.
Conley D., Glauber R. (2006), *Gender, Body Mass and Socioeconomic Status: New Evidence from the PSID*, «Advances in Health Economics and Health Services Research», 17, pp. 255-280.
Conrad P. (2007), *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*, Johns Hopkins University Press, Baltimora, US.
Conti M. (2021), *La dieta dei geni*, Nuova Ipsa, Palermo.
Corbetta P. (2015), *La ricerca sociale: metodologia e tecniche*, il Mulino, Bologna.
Corna L.M. (2013), *A life course perspective on socioeconomic inequalities in health: A critical review of conceptual frameworks*, «Advances in Life Course Research», 18, pp. 150-159.
Corposanto C. (a cura di) (2017), *Sociologia dell'alimentazione. Diete, culture, rischi*, Rogiosi, Napoli.
CREA (2018), *Linee guida per una sana alimentazione*, CREA, Roma.
Crossley N. (2004), *Fat is a sociological issue: Obesity rates in late modern, "Body-conscious" societies*, «Social Theory & Health», 2(3), pp. 222-253.
Cukrowska-Torzewska E., Matysiak A. (2020), *The motherhood wage penalty: A meta-analysis*, «Social Science Research», 88-89, p. 102416.
Datar A., Nicosia N., Shier V. (2014), *Maternal work and children's diet, activity, and obesity*, «Social Science & Medicine», 107, pp. 196-204.
David P.M., Le Dévédec N. (2019), *Preparedness for the next epidemic: health and political issues of an emerging paradigm*, «Critical Public Health», 29(3), pp. 363-369.
De Matteis S. (2020), *Obesità, ovvero la malnutrizione dell'abbondanza Alimentazione, modelli familiari e comportamenti sociali*, «Dada Rivista di Antropologia post-globale», 1, pp. 69-80.
Della Bella S. (2011), *Il peso delle diseguaglianze sociali: il caso dell'obesità*, «Rassegna Italiana di Sociologia», Apr/Giu, 2, pp. 323-348. Doi: 10.1423/34991
DeWalt K., DeWalt B. (2002), *Participant Observation. A guide for Fieldworkers*, AltaMira Press, Walnut Creek, CA.
Di Mario S., Fabbri A., Fridel M., Gambarara D., *et al*. (2017), *La prevenzione dell'obesità infantile: meno nove mesi più tre anni. Focus sul periodo della gravidanza e dei primi 3 anni di vita del bambino*, «Prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro», 94, pp. 1-64.
Di Renzo L., Gualtieri P., Pivari F. *et al.* (2020), *Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey*, «J Transl Med.», 18(229).
Diasio N. (2008), *Grignotages et jeux avec les normes. Une ethnographie des comportements alimentaires enfantins à Paris et à Rome*, Observatoire CNIEL des Habitudes Alimentaires, Paris.
Dillaway H.E. (2017), *Speaking to a Broader Audience about Medicalization*, «Sex Roles», 77, pp. 135-136. Doi: 10.1007/s11199-017-0783-6
Direção-General do Consumidor - DGC (2019), *Novas restrições à publicidade dirigida a menores de 16 anos,* disponibile al sito: https://www.consumidor.gov. pt/comunicacao/noticias/novas-restricoes-a-publicidade-dirigida-a-menores-de-16-anos-.aspx
Direção-Geral da Saúde - DGS (2019), Perfil Nutricional Restrições à publicidade alimentar dirigida a crianças, disponibile in pdf: https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/perfil-nutricional-restricoes-a-publicidade-alimentar-dirigida-a-criancas-2019-pdf.aspx
Dixit V.V., Wagh M. S. (2013), Unfavourable outcomes of liposuction and their management, «Indian J Plast Surg.», May, 46(2), pp. 377-92.

Döringer S. (2021), *“The problem-centred expert interview”. Combining qualitative interviewing approaches for investigating implicit expert knowledge*, «International Journal of Social Research Methodology», 24(3), pp. 265-278.

DoRS (2015), *Obesità e diseguaglianze: Guida per affrontare le diseguaglianze nei casi di sovrappeso e di obesità*, DoRS Regione Piemonte, Grugliasco (TO).

Douglas M. (1984), *Food in the Social Order: Studies of Food and Festivities in Three American Communities*, Russel Sage Foundation, New York.

Douglas M. (2014), *Purezza e pericolo. Un’analisi dei concetti di contaminazione e tabù*, il Mulino, Bologna.

Douglas M., Isherwood B. (2013), *Il mondo delle cose. Oggetti, valori, consumo*, il Mulino, Bologna.

Dowrick C., Dixon-Woods M., Holman H., Weinman J. (2005), *What is chronic illness?*, «Chronic Illness», 1(1), pp. 1-6. Doi: 10.1179/174239505X19572

Drulhe M. (1996), *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*, Presses Universitaires de France, Paris.

Duffy B. (2019), *I rischi della percezione. Perché ci sbagliamo su quasi tutto*, Einaudi, Torino.

Eckel N., Li Y., Kuxhaus O. *et al.* (2018), *Transition from metabolic healthy to unhealthy phenotypes and association with cardiovascular disease risk across BMI categories in 90257 women (the Nurses’ Health Study): 30 year follow-up from a prospective cohort study*, «Lancet Diab. Endocrinol.», 6(9), pp. 714-724.

Ekelund U., Steene-Johannessen J., Brown W.J. *et al.* (2016), *Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women*, «Lancet», 388(10051), pp. 1302-1310.

El Ansari W., Clausen S.V., Mabhala A., Stock C. (2010), *How do I look? Body image perceptions among university students from England and Denmark*, «Int J Environ Res Public Health», Feb., 7(2), pp. 583-95.

Elias N. (1988), *Il processo di civilizzazione*, il Mulino, Bologna.

Éltanin A.V. (2014), *La salute di Eva. Il nesso nascosto tra alimentazione e malattie femminili*, Cosmopolis, Milano.

Emilia-Romagna (2018), *Bambino obeso ed Health Equity Audit. Equity Audit Nei Piani Regionali di Prevenzione in Italia*, CCM, Emilia-Romagna.

Epicentro (2018), *Health Equity Audit nei Piani regionali della prevenzione italiani*, disponibile al sito: https://www.epicentro.iss.it/politichesanitarie/ConvegnoHealthEquityAudit2018

Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável - EIPAS (2018), *Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável*, disponibile al sito: https://eipas.pt/.

Eurobarometro (2018), *Sport and physical activity*, «Report», March, 1-T38.

European Commission (2021), *Definition of pre-obesity and obesity,* disponibile al sito: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gate way/obesityen.

Faggioli R., Schenetti M. (2020), “Pedagogia e didattica della corporeità”, in Ceciliani A., a cura di, *L’educazione motoria nella scuola primaria*, Carocci, Roma.

Fairbrother H., Curtis P., Goyder E. (2016), *Where are the Schools? Children, Families and Food Practices*, «Health and Place», 40, pp. 51-57.

Fanci G. (2018), “Processi di socializzazione e dimensione normativa della commensalità”, in Francesconi C., Raiteri M., a cura di, *Pratiche alimentari e relazioni sociali*, FrancoAngeli, Milano.

FAO, IFAD, UNICEF, WFP, WHO (2020), *The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets*, FAO, Rome.

Farrell A.E. (2020), *Fat Shame. Lo stigma del corpo grasso*, Tlon, Roma.

Favretto A.R., Zaltron F. (2020), “Adjusting Life to Illness or Illness to Life? Reflections on Children’s Competences in the Neoliberal Era”, in Gabe J., Cardano M., Genova A., eds., *Health and Illness in the Neoliberal Era in Europe*, Emerald Publishing Limited, Bingley.

FDA (2021), *FDA Approves New Drug Treatment for Chronic Weight Management, First Since 2014*, «US. Food and Drug Administration», June, 4.

Ferrera M. (2021), "L'analisi delle politiche sociali e del welfare state", in Ferrera M., a cura di, *Le politiche sociali*, il Mulino, Bologna.
Figlioli F., Bianco A., Thomas E., Stajer V. *et al*. (2021), *Rapid weight loss habits before a competition in sambo athletes*, «Nutrients», 13(4), pp. 1-8.
Fischler C. (1992), *L'onnivoro. Il piacere di mangiare nella storia e nella scienza*, Mondadori, Milano.
Floridi L. (2014), *The Onlife Manifesto: Being Human in a Hyperconnected Era*, Springer, London.
Flynn D.J., Nyhan B., Reifler J. (2017), *The Nature and Origins of Misperceptions: Understanding False and Unsupported Beliefs About Politics*, «Advances in Political Psychology», 38, pp. 127-150. Doi: 10.1111/pops.12394
Foreman K.J., Marquez N., Dolgert A. *et al.* (2018), *Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories*, «Lancet», Nov. 10, 392(10159), pp. 2052-2090.
Forouzanfar M.H., Liu P., Roth G.A. *et al.* (2017), *Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015*, «JAMA», Jan. 10, 317(2), pp. 165-182. Doi: 10.1001/jama.2016.19043
Foucault M. (2015), *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)*, Feltrinelli, Milano.
Francardo S.M., Mariani E. (2019), *Nutrirsi con i cibi di stagione è la miglior medicina preventiva*, Edilibri, Milano.
Freeman M., Mathison S. (2009), "Conceptions of children and childhood", in Freeman M., Mathison S., eds, *Researching children's experiences*, Guilford Press, New York.
Fridel M. (2020), *Modello di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso Regione Emilia-Romagna*, «Prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro», 76, pp. 1-72.
Fridel M., Padovani A., Bernardini M. (a cura di) (2020), *Indicazioni tecniche per la ristorazione scolastica in relazione al rischio COVID-19*, Emilia-Romagna: Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica.
Frisina A. (2010), *Focus group. Una guida pratica*, il Mulino, Bologna.
Fugali E. (2012), *"I limiti del mio corpo sono i limiti del mio mondo". Il tema del corpo proprio nella riflessione filosofica contemporanea e nella scienza cognitiva incarnata*, «Reti, saperi, linguaggi», 2, pp. 48-56.
Gabe J., Cardano M., Genova A. (2021), "Introduction", in Gabe J., Cardano M., Genova A., eds., *Health and Illness in the Neoliberal Era in Europe*, Emerald, Bingley.
Gaeta F., Conti V., Pepe A. *et al.* (2022), *Drug dosing in children with obesity: a narrative updated review*, «Ital J Pediatr.», 48, p. 168.
Galbraith J.K. (2014), *La società opulenta,* Edizioni di comunità, Roma.
Galimberti G. (2021), *Il corpo,* Feltrinelli, Milano.
Galloway A.T., Fiorito L.M., Francis L.A., Birch L.L. (2006), *"Finish your soup": counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect*, «Appetite», May, 46(3), pp. 318-23. Doi: 10.1016/j.appet.2006.01.019
Gallus S., Borroni E., Stival C. *et al*. (2021), *Food Advertising during Children's Television Programmes in Italy*, «Public Health Nutrition», 24, pp. 4663-4670.
Genné-Bacon E.A. (2014), *Thinking evolutionarily about obesity*, «Yale J Biol Med.», Jun 6, 87(2), pp. 99-112.
Genova A., Terraneo M. (2020), "Le diseguaglianze sociali di salute", in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G., a cura di, *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna.
Germov J., Williams L. (1996), *The epidemic of dieting women: the need for a sociological approach to food and nutrition*, «Appetite», 27(2), pp. 97-108.
Ghia F. (2010), *Ascesi e gabbia d'acciaio. La teologia politica di Max Weber,* Rubbettino, Soveria Mannelli.
Ghigi R. (2020), "La costruzione sociale del corpo", in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G, a cura di, *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna.
Ghigi R., Sassatelli R. (2018), *Corpo, genere e società*, il Mulino, Bologna.
Giancotti V. (2011), *L'obesità infantile in una prospettiva sistemica*, «Psicobiettivo», 1, pp. 36-49. Doi: 10.3280/PSOB2011-001003
Giddens A. (1999), *Identità e società moderna*, Ipermedium Libri, Napoli.

Giorgi A., Pizzolati M., Vacchelli E. (2021), *Metodi creativi per la ricerca sociale. Contesto, pratiche, strumenti*, il Mulino, Bologna.
Giusti U. (1906), *Annuario Statistico delle Città Italiane. Anno I – 1906*, Alfani e Venturi, Firenze.
Giusti U. (1910), *Annuario Statistico delle Città Italiane. Anno III – 1909-1910*, Alfani e Venturi, Firenze.
Giusti U. (1914), *Annuario Statistico delle Città Italiane. Anno V – 1913-1914*, Alfani e Venturi, Firenze.
Gluckman P.D., Hanson M.A. *et al*. (2008), *Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease*, «N Engl J Med.», 359, pp. 61-73.
Goffman E. (2003), *Espressione e identità. Giochi, ruoli, teatralità*, il Mulino, Bologna.
Goffman E., (2018), *Stigma. Note sulla gestione dell'identità degradata*, Ombre Corte, Verona.
Goisis A., Sacker A., Kelly Y. (2016), *Why are poorer children at higher risk of obesity and overweight? A UK cohort study*, «European Journal of Public Health», 26(1), pp. 7-13. Doi: 10.1093/eurpub/ckv219
Gordon C., Purciel-Hill M., Ghai N.R. *et al.* (2011), *Measuring food deserts in New York City's low-income neighborhoods*, «Health Place», 17(2), pp. 696-700.
Graffigna G., Barello S. (2017), *Engagement. Un nuovo modello di partecipazione in sanità*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
Graham C. (2012), *The Pursuit of Happiness: An Economy of Well-Being*, Brookings Institution, Washington, Stati Uniti.
Greenfield A. (2017), *Tecnologie radicali. Il progetto della vita quotidiana*, Einaudi, Torino.
Griffith R., O'Connell M., Smith K. (2013), *Food expenditure and nutritional quality over the Great Recession*, Institute for Fiscal Studies, London.
Guthman J. (2011), *Weighing In Obesity, Food Justice, and the Limits of Capitalism*, University of California Press, California.
Guthold R., Stevens G.A., Riley L.M., Bull F.C. (2018), *Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants*, «Lancet Glob Health», Oct., 6(10), p. e1077-e1086. Doi: 10.1016/S2214-109X(18)30357-7
Guthold R., Stevens G.A., Riley L.M., Bull F.C. (2020), *Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants*, «Lancet Child Adolesc Health», Jan., 4(1), pp. 23-35. Doi: 10.1016/S2352-4642(19)30323-2
Hadisuyatmana S., Has E.M.M. *et al.* (2021), *Women's Empowerment and Determinants of Early Initiation of Breastfeeding: A Scoping Review*, «J Pediatr Nurs.», 56, p. e77-e92. Doi: 10.1016/j.pedn.2020.08.004
Halbwachs M. (2001), *La memoria collettiva. Nuova edizione critica*, Unicopli, Milano.
Hales C.N., Barker D.J. (2013), *Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus: the thrifty phenotype hypothesis. 1992*, «Int J Epidemiol.», 42(5), pp. 1215-22.
Hamari J., Sjöblom M. (2017), *What Is eSports and Why Do People Watch It?*, «Internet research», 27(2). Doi: 10.1108/IntR-04-2016-0085
Han M. (2003), *Body image dissatisfaction and eating disturbance among Korean college female students: Relationships to media exposure, upward comparison, and perceived reality*, «Communication Studies», 54, pp. 65-78.
Hardin A.P., Hackell J.M., Aap Committee on Practice and Ambulatory Medicine (2017), *Age Limit of Pediatrics*, «Pediatrics», 140(3), p. e20172151.
Hemmingsson E. (2018), *Early Childhood Obesity Risk Factors: Socioeconomic Adversity, Family Dysfunction, Offspring Distress, and Junk Food Self-Medication*, «Curr Obes Rep.», Jun; 7(2), pp. 204-209.
Hernandez T.L., Kittelson J.M., Law C.K. *et al.* (2011), *Fat Redistribution Following Suction Lipectomy: Defense of Body Fat and Patterns of Restoration*, «Obesity», 19, pp. 1388-1395. Doi: 10.1038/oby.2011.64
Hill T.D., Cockerham W.C., Mcleod J.D., Hafferty F.W. (2021), "Medical Sociology and Its Changing Subfields", in Cockerham W.C., a cura di, *The Wiley Blackwell Companion to Medical Sociology*, John Wiley & Sons, UK/USA.
Hochschild A.R. (2006), *Per amore o per denaro. La commercializzazione della vita intima,* il Mulino, Bologna.

Hoffman J.A., Miller E.A. (2020), *Addressing the Consequences of School Closure Due to COVID-19 on Children's Physical and Mental Well-Being*, «World Medical & Health Policy», 12, pp. 300-310. Doi: 10.1002/wmh3.365
Horwitz A. (2008), *Normality*, «Context», 7(1), pp. 70-71.
Hovinen T., Korkalo L., Freese R. *et al.* (2021), *Vegan diet in young children remodels metabolism and challenges the statuses of essential nutrients*, «EMBO Mol Med.», 20 january, 13, p. e13492. Doi: 10.15252/emmm.202013492
Index Mundi (2016), *Obesity. Adult prevalence rate*, disponibile al sito: https://www .indexmundi.com/map/?v=2228&r=eu&l=en.
ISAPS (2018), *International Surbey on Aesthetic/Cosmetic procedures*, «Global Survey», 1-49.
ISS (2017), *Informazioni generali*, ISS, Roma.
ISS (2019), *OKkio alla Salute. Indagine nazionale*, ISS, Roma.
ISS (2021), *Strategie non farmacologiche per la perdita di peso*, ISS, Roma.
ISSalute (2020), *Dieta,* disponibile al sito: https://www.issalute.it/index.php/la-salu te-dalla-a-alla-z-menu/d/dieta.
Issanchou S. (2017), *Determining Factors and Critical Periods in the Formation of Eating Habits: Results from the Habeat Project*, «Ann Nutr Metab», 70, pp. 251-256.
Istat (2021), *Aspetti della vita quotidiana. Abitudini nei pasti*, disponibile al sito: http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=16805#.
Jung T., Huang J., Eagan L., Oldenburg D. (2019), *Influence of school-based nutrition education program on healthy eating literacy and healthy food choice among primary school children*, «International Journal of Health Promotion and Education», 57(2), pp. 67-81. Doi: 10.1080/14635240.2018.1552177
Jusiené R., Urbonas V. *et al.* (2019), *Screen Use During Meals Among Young Children: Exploration of Associated Variables*, «Medicina», 55, p. 688.
Kahneman D. (2011), *Thinking, fast and slow: Daniel Kahneman*, Penguin Books, London.
Kanazawa M., Yoshiike N., Osaka T. *et al*. (2005), *Criteria and classification of obesity in Japan and Asia-Oceania*, «World Rev Nutr Diet.», 94, pp. 1-12.
Kapoor N. (2021), "Thin Fat Obesity: The Tropical Phenotype of Obesity", in Feingold K.R., Anawalt B., Boyce A. *et al.*, eds., *Endotext [Internet]*, MDText.com, Inc South Dartmouth (MA).
Kaufman S.R. (2010), *Time, clinic technologies, and the making of reflexive longevity: The cultural work of time left in an ageing society*, «Sociology of Health & Illness», 32(2), pp. 225-237. Doi: 10.1111/j.1467-9566.2009.01200.x
Khambalia A., Hardy L.L., Bauman A. (2012), *Accuracy of weight perception, life-style behaviours and psychological distress among overweight and obese adolescents,* «J Paediatr Child Health», Mar., 48(3), pp. 220-7.
Kickbusch I., Allen L., Franz C. (2016), *The commercial determinants of health*, «The Lancet Global Health», 4, pp. 895-896.
Kickbush I., Maag D. (2007), *Lo sviluppo della Health Literacy nelle moderne società della salute*, «Salute e Società», VI(1).
Kivimäki M., Jokela M., Hamer M. *et al.* (2011), *Examining Overweight and Obesity as Risk Factors for Common Mental Disorders Using Fat Mass and Obesity-Associated (FTO) Genotype-Instrumented Analysis: The Whitehall II Study, 1985–2004,* «American Journal of Epidemiology», 173(4), pp. 421-429.
Krznarić Ž., Karas I., Ljubas Kelečić D., Vranešić Bender D. (2021), *The Mediterranean and Nordic Diet: A Review of Differences and Similarities of Two Sustainable, Health-Promoting Dietary Patterns*, «Front Nutr.», 8, p. 683678.
Kuhn T.S. (1970), *The structure of scientific revolutions (2 edition, enlarged)*, «International Encyclopedia of Unified Science», University of Chicago, Chicago.
Kuriyan R., Naqvi S., Bhat K.G., Ghosh S. *et al.* (2020), *The Thin But Fat Phenotype is Uncommon at Birth in Indian Babies*, «The Journal of Nutrition», 150(4), pp. 826-832. Doi: 10.1093/jn/nxz305
Kwan S., Trautner M.N. (2011), *Weighty Concerns,* «Contexts», 10(2), pp. 52-57.
Lapum J.L., Liu L., Church K. *et al.* (2014), *Arts-informed research dissemination in the health sciences: An evaluation of peoples responses to "The 7,024 th Patient" art installation*, «Sage Open», 4(1), pp. 2158244014524211.

LARN (2014), *Tabelle,* disponibile al sito: https://sinu.it/tabelle-larn-2014/.
Lean S.C., Derricott H., Jones R.L., Heazell A.E.P. (2017), *Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis*, «PLoS One», 12(10), p. e0186287. Doi: 10.1371/journal.pone.0186287
Leppo K., Ollila E., Peña S., Wismar M., Cook S. (2013), *Health in All Policies - Seizing opportunities, implementing policies*, Ministry of Social Affairs and Health, Finland.
Letona P., Chacon V., Roberto C. *et al.* (2014), *Effects of licensed characters on children's taste and snack preferences in Guatemala, a low/middle income country*, «Int J Obes.», 38, pp. 1466-1469. Doi: 10.1038/ijo.2014.38
Levinson J.A., Sarda V., Sonneville K. *et al.* (2020), *Diet Pill and Laxative Use for Weight Control and Subsequent Incident Eating Disorder in US Young Women: 2001-2016*, «Am J Public Health», 110(1), pp. 109-111.
Livi Bacci M. (2011), *Fame e crescita demografica*, «Parolechiave», 1, pp. 1-13.
Lombi L. (2015), *Le web survey*, FrancoAngeli, Milano.
Longo V. (2020), *La longevità inizia da bambini*, Mauri Spagnol, Milano.
Loos R.J.F., Yeo G.S.H. (2022), *The genetics of obesity: from discovery to biology*, «Nat Rev Genet.», Feb, 23(2), pp. 120-133. Doi: 10.1038/s41576-021-00414-z
Luhmann N. (2002), *Risk. A Sociological Theory*, Routledge, London.
Lupton D. (1999), *L'anima nel piatto*, il Mulino, Bologna.
Lupton D. (2016), *Explainer: what is fat studies?*, «The Conversation», Sep. 21.
Lupton D. (2018), *Fat (2nd ed.)*, Routledge, London.
Lupton R.C., Allwood J.M. (2017), *Hybrid Sankey diagrams: Visual analysis of multidimensional data for understanding resource use*, «Resources, Conservation and Recycling», 124, pp. 141-151.
Lynch D.K. (2005), *Advertising Motherhood: Image, Ideology, and Consumption*, «Berkeley Journal of Sociology», XLIX, pp. 32-57.
Madan S., Basu S., Ng S., Ching Lim E.A. (2018), *Impact of Culture on the Pursuit of Beauty: Evidence from Five Countries*, «Journal of International Marketing», 26(4), pp. 54-68. Doi: 10.1177/1069031X18805493
Maher JM., Supski S., Wright J. *et al.* (2020), *Children, "healthy" food, school and family: the '[n]ot really' outcome of school food messages*, «Children's Geographies», 18(1), pp. 81-95.
Maietta O.W., Gorgitano M.T. (2016), *School meals and pupil satisfaction. Evidence from Italian primary schools*, «Food Policy», 62, pp. 41-55.
Malacarne D., Handakas E., Robinson O. *et al.* (2022), *The built environment as determinant of childhood obesity: A systematic literature review*, «Obesity Reviews», 23(S1), p. e13385. Doi: 10.1111/obr.13385
Malinowski B. (1922), *Argonauts of the Western Pacific*, Routledge & Kegan, London.
Mancino L., Lin B.H., Ballenger N. (2004), *The Role of Economics in Eating Choices and Weight Outcomes*, «Agriculture Information Bulletin», 791, pp. 1-18.
Mantegazza A. (2020), *Milano e la refezione scolastica*, Milano Ristorazione S.p.A, Milano.
Marradi A. (2007), *Metodologia delle scienze sociali*, il Mulino, Bologna.
Marradi A. (2019), *Tutti redigono questionari. Ma è davvero così facile?*, FrancoAngeli, Milano.
Martines R.M., Pereira Machado P. *et al.* (2019), *Association between watching TV whilst eating and children's consumption of ultraprocessed foods in United Kingdom*, «Wiley Maternal & Child Nutrition», 15(4), p. e12819.
Martínez-Gómez D., León-Muñoz L.M., Guallar-Castillón P. *et al.* (2013), *Reach and equity of primary care-based counseling to promote walking among the adult population of Spain*, «J Sci Med Sport», Nov., 16(6), pp. 532-538.
Mathiot L. (2015), *Manger comme un grand. La régulation des pratiques alimentaires*, «Ethnologie française», 45, pp. 685-692.
Maturo A. (2007), *Sociologia della malattia. Un'introduzione*, FrancoAngeli, Milano.
Maturo A. (2014), "Gente pesante. Un'analisi sociologica su blog e obesità", in Cipolla C., Maturo A., a cura di, *Sociologia della salute e web society*, FrancoAngeli, Milano.
Maturo A. (2015), *Doing Things with Numbers. The Quantified Self and the Gamification of Health*, «European Journal of Medical Humanities & Social Studies of Science and Technology», 7(1), pp. 87-105.

Maturo A. Moretti V. (2020), *COVID-19, the triple bias, and the "Unheimlich". The challenges of COVID-19: global health and inequality*, «ESA RN16 Newsletter – Special Issue», 11, pp. 17-18.
Maturo A., Esposito M., Tognetti M. (2020), "Medicalizzazione, biomedicalizzazione e farmacologizzazione", in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G., a cura di, *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna.
Maturo A., Moretti V. (2019), *La medicalizzazione della vita tra quantificazione e gamification*, «Rassegna Italiana di Sociologia», lug/sett., 3, pp. 510-530.
Maturo A., Setiffi F. (2021), *Gli aspetti sociali del Wellness*, FrancoAngeli, Milano.
Mauss M. (2017), *Le tecniche del corpo*, ETS, Pisa.
May C. (2005), *Chronic illness and intractability: professional-patient interactions in primary care*, «Chronic Illness», 1(1), pp. 15-20.
Mayr E. (1994), *Does it pay to acquire high intelligence?*, «Persp Biol Med.», 37, pp. 337-338.
Mc Kinsey Global Institute (2014), *Overcoming Obesity. An Initial Economic Analysis*, McKinsey & Company, Stati Uniti.
McHugh M.C., Chrisler J.C. (2015), *The wrong prescription for women: how medicine and media create a "need" for treatments, drugs, and surgery*, Praeger, Santa Barbara.
McIntosh W.A. (2013), *Sociologies of food and nutrition*, Springer, Berlino.
McKeown T. (1976), *The modern rise of population*, Academic Press, Cambridge, Massachusetts, Stati Uniti.
McLaren L. (2007), *Socioeconomic Status and Obesity*, «Epidemiologic Reviews», 29, pp. 29-48. Doi: 10.1093/epirev/mxm001
Mead G.H. (1972), *Mente, sè e società: dal punto di vista di uno psicologo comportamentista*, Giunti-Barbera, Firenze.
Meglio L. (2017), *Sociologia del cibo e dell'alimentazione. Un'introduzione*, FrancoAngeli, Milano.
Melbye E.L., Øgaard T., Øverby N.C. *et al*. (2013), *Parental food-related behaviors and family meal frequencies: associations in Norwegian dyads of parents and preadolescent children*, «BMC Public Health», 13(820), pp. 1-9.
Meloni C., Mibelli M. (2021), *Belle di faccia*, Mondadori, Milano.
Mennell S. (1985), *All Manners of Food: Eating and Taste in England and France from the Middle Ages to the Present*, Basil Blackwell, Oxford.
Merleau-Ponty M. (2003), *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano.
Migliaccio R. (2020), *Forme. La guida alle proporzioni per imparare a valorizzare e amare la nostra unicità*, Vallardi, Milano.
Ministero dell'Istruzione (2020), *Linee guida per la Didattica digitale integrata*, disponibile in pdf: https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/ALL.+A+_+Linee_G uida_DDI_.pdf/f0eeb0b4-bb7e-1d8e-4809-a359a8a7512f.
Ministero della Salute (2010), *Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica*, disponibile in pdf: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazi oni_1248_allegato.pdf.
Ministero della Salute (2013), *Che cos'è l'obesità,* disponibile al sito: http://www.ccm-network.it/ebp_e_obesita/paginaObesita.jsp?id=node/118.
Miur (2015), *Linee guida per l'educazione alimentare*, disponibile in pdf: https://www.istruzione.it/ allegati/2015/MIUR_Linee_Guida_per_l'Educazione_Alimentare_2015.pdf.
Moliterni P., Magnanini A. (2020), "Attività motoria tra specificità e trasversalità, tra costrutti formali e informali", in Ceciliani A., a cura di, *L'educazione motoria nella scuola primaria*, Carocci, Roma.
Monaghan L.F., Rich E., Bombak A.E. (2022), *Rethinking Obesity. Critical perspectives in Crisis Times*, Routledge, London.
Monzani A., Ricotti R., Caputo M. *et al*. (2019), *A systematic review of the association of skipping breakfast with weight and cardiometabolic risk factors in children and adolescents. What should we better investigate in the future?*, «Nutrients», 11, pp. 1-23. Doi: 10.3390/nu11020387
Moreira S., Gonçalves L. (2020), *Overweight and Obesity in Children of Immigrant Versus Native Parents: Exploring a Local Setting in Portugal*, «Int J Environ Res Public Health», 17(21), p. 7897. Doi:10.3390/ijerph17217897

Moretti V. (2020), *Sociologia del paziente. Diseguaglianze sociali, salute digitale e nuove forme di partecipazione in sanità*, FrancoAngeli, Milano.
Mortara A., Sinisi V. (2016), *La prima colazione delle famiglie italiane: uno sguardo dall'interno*, «Sociologia della comunicazione», 52, pp. 84-102.
Moss M. (2013), *Salt Sugar Fat: How the Food Giants Hooked Us*, Random House, New York.
Mostowlansky T., Rota A. (2020), *Emic and etic*, «Cambridge Encyclopedia of Anthropology», Nov. 29.
Naçoes Unidas (2020), *OMS aponta Portugal como referência para prevenir obesidade nas crianças*, 4 marzo, disponibile al sito: https://news.un.org/pt/story /2020/03/170 6141.
Neel J.V. (1962), *Diabetes mellitus: a "thrifty" genotype rendered detrimental by "progress"?*, «Am J Hum Genet.», dec., 14(4), pp. 353-62.
Nestle M. (2013), *Food Politics: How the Food Industry Influences Nutrition and Health*, University of California Press, Berkeley (Stati Uniti).
Nestle M. (2015), *Soda Politics: Taking on Big Soda (and Winning)*, OUP, Usa.
Nestle M. (2018a), *When Big Soda Started Stalking Me. An unlikely gift from Russian hackers*, «Power trip», 30 ottobre.
Nestle M. (2018b), *Superfoods Are a Marketing Ploy. Blueberries and macadamia nuts aren't that good for you*, «The Atlantic», 23 ottobre.
Nestle M. (2018c), *Unsavory Truth: How Food Companies Skew the Science of What We Eat*, Basic Books, New York.
Nestle M. (2019), *How neoliberalism ruins traditional diets and health*, «The Lancet Diabetes & Endocrinology», April 18, 7(8), pp. P595.
Nestle M. (2020), "Conflicts of Interest in Food and Nutrition Research", in Goldberg A.M., ed., *Feeding the World Well: A Framework for Ethical Food Systems*, Johns Hopkins Press, Baltimore, pp. 89-97.
Nestle M. (2022), *Regulating the food industry: an aspirational agenda*, «Am J Public Health», 112(6), pp. 853-858. Doi: 10.2105/AJPH.2022.306844
Nettle D., Andrews C., Bateson M. (2017), *Food insecurity as a driver of obesity in humans: the insurance hypothesis*, «Behav. Brain Sci.», Jan., 40, p. e105.
Niola M. (2018), *Umiliati e obesi*, «Archivio antropologico mediterraneo», 20(1), pp. 1-11.
Nordenfelt L., Liss P.E. (2021), *Dimensions of health and health promotion*, Brill, Leiden.
OECD (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Publishing, Paris.
Ofori-Asenso *et al.* (2016), *Overweight and obesity epidemic in Ghana. A systematic review and meta-analysis*, «Public Health», 12, p. 1239.
Ohri-Vachaspati P., DeLia D., DeWeese R. *et al.* (2015), *The relative contribution of layers of the Social Ecological Model to childhood obesity*, «Public Health Nutrition», 18(11), pp. 2055-2066. Doi:10.1017/S1368980014002365
Omran A.R. (2005), *The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change*, «The Milbank Quarterly», 83(4), pp. 731-57.
Otero G. (2018), *The Neoliberal Diet: Healthy Profits. Unhealthy People*, University of Texas Press, Austin (Stati Uniti).
Ouldzeidoune N., Keating J., Bertrand J., Rice J. (2013), *A description of female genital mutilation and force-feeding practices in Mauritania: implications for the protection of child rights and health*, «PLoS One», 8(4), p. e60594.
Pace P. (2017), *La parola muta. La sofferenza del soggetto obeso*, San Paolo, Milano.
Pace P. (a cura di) (2021), "Nutrire il cuore. Nuovi disagi in età evolutiva", in Pace P., a cura di, *Sfamami. Attualità della clinica psicoanalitica dei disordini alimentari in età pediatrica 10 anni dopo*, Mimesis, Milano.
Page R.M., Ihász F., Uvacsek M. *et al.* (2007), *Self-Perception of Body Weight, Weight Management Practices and Goals, and other Weight-Related Factors in Central and Eastern European Adolescents*, «International Quarterly of Community Health Education», 27(1), pp. 39-58. Doi:10.2190/IQ.27.1.d
Palazzi M., Silvestrini G., Sintoni F., Vitali P. (2019), *Profilo di equità in epoca prenatale e perinatale*, Ausl Romagna, Rimini.
Paltrinieri C. (2019), *Mangiare a scuola. La rivoluzione della mensa sostenibile che cambierà il mondo*, FrancoAngeli, Milano.

Palumbo M., Garbarino E. (2022), *Ricerca sociale: metodo e tecniche*, FrancoAngeli, Milano.

Pan XF., Wang L., Pan A. (2021), *Epidemiology and determinants of obesity in China*, «Lancet Diabetes Endocrinol», 9(6), pp. 373-392.

Parkinson K.N., Reilly J.J., Basterfield L. *et al.* (2017), *Mothers' perceptions of child weight status and the subsequent weight gain of their children: a population-based longitudinal study*, «International journal of obesity», 41(5), pp. 801-806.

Parsons T. (1975), *The Sick role and the Role of the Physician Reconsidered. The Milbank Memorial Fund Quarterly*, «Health and Society», 53(3), pp. 257-278.

Patall E.A., Cooper H., Robinson J.C. (2008), *The effects of choice on intrinsic motivation and related outcomes: a meta-analysis of research findings*, «Psychol Bull.», Mar, 134(2), pp. 270-300. Doi: 10.1037/0033-2909.134.2.270

Patterson M., Johnston J. (2012), *Theorizing the obesity epidemic: Health crisis, moral panic and emerging hybrids*, «Social Theory & Health», 10(3), pp. 265-291.

Pérez-Escamilla R., Kac G. (2013), *Childhood obesity prevention: a life-course framework*, «Int J Obes Supp», 3(Suppl. 1), pp. S3-S5.

Phelan J.C., Link B.G., Tehranifar P. (2010), *Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications*, «J Health Soc Behav.», 51 Suppl, pp. S28-40. Doi: 10.1177/0022146510383498

Picheral H. (2002), *Géographie du peuplement*, «Annales de Géographie», 111(624), p. 213.

Pietrobelli A. Fearnbach N., Ferruzzi A. *et al*. (2021), *Effects of COVID-19 lockdown on lifestyle behaviors in children with obesity: Longitudinal study update*, «Obes Sci Pract.», Dec 27, 8(4), pp. 525-528. Doi: 10.1002/osp4.581

Pires D. (2020), *OMS aponta Portugal como um exemplo na luta contra a obesidade*, «TSF», 4 marzo.

Piwek L., Ellis D.A., Andrews S., Joinson A. (2016), *The Rise of Consumer Health Wearables: Promises and Barriers*, «PLOS Medicine», 13, p. e1001953.

Plava A. (2023), "Covibesity": abitudini alimentari e stili di vita delle famiglie riminesi durante i lockdown, in Maturo A., Plava A., a cura di, *Stili alimentari e cibo biologico nelle scuole primarie. Un'analisi sociologica a Rimini*, FrancoAngeli, Milano.

Popkin B.M. (2009), *The World Is Fat the Fads, Trends, Policies, And Products That Are Fattening the Human Race*, Avery, New York.

Popkin B.M., Adair L.S., Ng S.W. (2012), *Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries*, «Nutr Rev.», 70(1), pp. 3-21.

Potwarka L.R., Kaczynski A.T., Flack A.L. (2008), *Places to play: association of park space and facilities with healthy weight status among children*, «J Community Health», Oct., 33(5), pp. 344-50. Doi: 10.1007/s10900-008-9104-x

Poulain J.P. (2008), *Alimentazione, cultura e società*, il Mulino, Bologna.

Poulain JP. (2014), *Sociologie de l'obésité*, PUF, Paris.

Pourmoradian S., Ostadrahimi A., Bonab A.M. *et al*. (2021), *Television Food Advertisements and Childhood Obesity: A Systematic Review*, «International Journal for Vitamin and Nutrition Research», 91, pp. 3-9.

Prentice A.M. (2006), *The emerging epidemic of obesity in developing countries*, «Int J Epidemiol.», 35, pp. 93-99. Doi: 10.1093/Ije/dyi272

Prete M.L. (2021), *Cibo e cartoni animati: cosa mangiano gli eroi dei bambini?*, «Melarossa», 24 febbraio.

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - PNPAS (2019), *Medidas fiscais*, disponibile al sito: https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/modifica cao-da-oferta-alimentar/medida s-fiscais/.

Raman U. (2016), *Body Image Perception: Adolescent Boys and Avatar Depiction in Video Games*, «The Journal of Undergraduate Research and Creative Scholarship», pp. 1-11. Doi: 10.25886/CS5D-MC02

Ramos Salas X., Buoncristiano M., Williams J. *et al.* (2021), *Parental Perceptions of Children's Weight Status in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI 2015/2017*, «Obes Facts.», 14(6), pp. 658-674.

Reale R.J., Slater G.J., Burke L.M. (2017), *Acute-Weight-Loss Strategies for Combat Sports and Applications to Olympic Success*, «International journal of sports physiology and performance», 12(2), pp. 142-151.

Repùblica Portuguesa (2018), *Relatório «Impacto do imposto especial sobre o consumo de bebidas açucaradas e adicionadas e edulcorantes»*, disponibile in pdf: https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3D%3DBAA A AB%2BLCAAAAAAABAAzM7I0AQCQMNv8BAAAAA%3D%3D
Richard A.J., White U., Elks C.M. *et al*. (2020), "Adipose Tissue: Physiology to Metabolic Dysfunction", in Feingold K.R., Anawalt B., Boyce A. *et al*., eds., *Endotext [Internet]*, MDText.com, South Dartmouth (MA).
Richardson A.S., Boone-Heinonen J., Popkin B.M. *et al*. (2011), *Neighborhood fast food restaurants and fast food consumption: A national study*, «BMC Public Health», 11(543), pp. 1-8. Doi: 10.1186/1471-2458-11-543
Rito A.I., Buoncristiano M., Spinelli A. *et al*. (2019), *Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI 2015/2017*, «Obes Facts», 12(2), pp. 226-243. Doi: 10.1159/000500425
Rito A.I., Mendes S., Baleia J., Gregório M.J. (2021), *Childhood Obesity Surveillance Initiative. COSI Portugal 2019*, CEIDSS, Lisbon.
Ritzer G. (2020), *La McDonaldizzazione del mondo nella società digitale*, FrancoAngeli, Milano.
Riva G., Wiederhold B.K., Mantovani F. (2021), *Surviving COVID-19: The Neuroscience of Smart Working and Distance Learning Cyberpsychology*, «Behavior, and Social Networking», 24(2), pp. 79-85.
Roberts K., Cavill N., Hancock C., Rutter H. (2013), *Social and economic inequalities in diet and physical activity*, Public Health England, London.
Robinson T.N., Banda J.A., Hale L. *et al*. (2017), *Screen Media Exposure and Obesity in Children and Adolescents*, «Pediatrics», 140, pp. 97-101.
Rogers P.J., Hardman C.A. (2015), *Food reward. What it is and how to measure it*, «Appetite», Jul, 90, pp. 1-15. Doi: 10.1016/j.appet.2015.02.032
Rogovik A.L., Goldman R.D. (2009), *Should weight-loss supplements be used for pediatric obesity?*, «Can Fam Physician.», Mar., 55(3), pp. 257-9.
Romagnoli G. (2015), *Solo bagaglio a mano*, Feltrinelli, Milano.
Rooney B.L., Mathiason M.A., Schauberger C.W. (2011), *Predictors of Obesity in Childhood, Adolescence, and Adulthood in a Birth Cohort*, «Matern Child Health J», 15, pp. 1166-1175. Doi: 10.1007/s10995-010-0689-1
Rose G. (1985), *Sick individuals and sick populations*, «International Journal of Epidemiology», 14(1), pp. 32-38. Doi: 10.1093/ije/30.3.427
Rose Spratt T.J. (2021), *Understanding "fat shaming" in a neoliberal era: Performativity, healthism and the UK's "obesity epidemic"*, «Feminist Theory», 0(0).
Ross J.A. (2017), *Durkheim and the Homo Duplex: Anthropocentrism in Sociology*, «Sociological Spectrum», 37(1), pp. 18-26.
Rundle A.G., Park Y., Herbstman J.B. *et al*. (2020), *COVID-19-related school closings and risk of weight gain among children*, «Obes Silver Spring», 28(6), pp. 1008-9.
Ryan J. (2010), *A History of the Internet and the Digital Future*, Reaktion Books, London.
Satmary W.A., Brusie C. (2022), *The Risks of Advanced Maternal Age: Pregnancy After Age 35*, disponibile al sito: https://www.healthline.com/health/pregnancy /geriatric-pregnancy
Sbraccia P., D'Adamo M., Guglielmi V. (2020), *Obesità: malnutrizione per eccesso o vera e propria malattia?*, «L'Endocrinologo», 21, pp. 35-41.
Schillinger D., Tran J., Mangurian C., Kearns C. (2017), *Do Sugar-Sweetened Beverages Cause Obesity and Diabetes? Industry and the Manufacture of Scientific Controversy*, «Ann Intern Med.», Dec. 20, 165(12), pp. 895-897.
Schooler D. (2008), *Real women have curves: A longitudinal investigation of TV and the body image development of Latina adolescents*, «Journal of Adolescent Research», 23(2), pp. 132-153.
Schwartz-Shea P., Yanow D. (2014), *Interpretative Research Design. Concepts and Processes*, Routledge, New York and London.
Semi G. (2010), *L'osservazione partecipante. Una guida pratica*, il Mulino, Bologna.
Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna - SSRER (2006), *Sorveglianza nutrizionale. Determinanti e indicatori di rischio obesità nella popolazione infantile. Indagine 2003 e 2005*, Centro stampa Giunta, Bologna.

Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna - SSRER (2008), *OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2008. REGIONE EMILIA-ROMAGNA,* ISS, Roma.
Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna - SSRER (2009*), Linee strategiche per la ristorazione scolastica in Emilia-Romagna,* Centro stampa Giunta, Bologna.
Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna - SSRER (2013), *Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso,* Assessorato Politiche per la Salute, Bologna.
Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna - SSRER (2014), *OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2014. REGIONE EMILIA-ROMAGNA,* ISS, Roma.
Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna - SSRER (2016), *OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2016. REGIONE EMILIA-ROMAGNA,* ISS, Roma.
Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna - SSRER (2019a), *OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2019,* ISS, Roma.
Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna - SSRER (2019b*), OKkio alla SALUTE. Rapporti regionali, Emilia-Romagna, scheda sintetica,* ISS, Roma.
Shaw H.J. (2006), *Food deserts: towards the development of a classification*, «Geografiska Annaler: Series B, Human Geography», 88(2), pp. 231-247.
Shilling C. (2012), *The body and social theory*, Sage, London.
Shim J.K. (2010), *Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment*, «Journal of Health and Social Behavior», 51, pp. 1-15.
Silvestri S. (2021), "Riflessi negli schermi", in Pace P., a cura di, *Sfamami. Attualità della clinica psicoanalitica dei disordini alimentari in età pediatrica 10 anni dopo*, Mimesis, Milano.
Silvestrini G., Marra M. (2018), *Health Equity Audit nei piani regionali della prevenzione in Italia*, Regione Piemonte, DoRS.
Simmel G. (2006), "Sociologia del pasto", in Mele V., a cura di, *Estetica e sociologia. Lo stile della vita moderna*, Armando Editore, Roma.
Simmel G. (2014), *Le metropoli e la vita dello spirito*, Armando, Roma.
Singhal V., Sella A.C., Malhotra S. (2021), *Pharmacotherapy in pediatric obesity: current evidence and landscape*, «Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity», February, 28(1), pp. 55-63.
Sobal J. (2000), "Sociability and meals: Facilitation, commensality, and interaction", in Meiselman H.L., ed., *Dimensions of the meal: The science, culture, business, and art of eating*, Aspen, Gaithersburg, MD.
Sobal J., Stunkard A.J. (1989), *Socioeconomic Status and Obesity: A Review of the Literature*, «Psychological Bulletin», 105, pp. 260-275.
Società Italiana dell'Obesità-Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica - SIO-ADI (2017), *Standard Italiani per la Cura dell'Obesità 2016-2017,* Tipografia Ceccarelli Acquapendente, Viterbo.
Società Italiana di Nutrizione Umana, Società Italiana di Scienze dell'Alimentazione - SINU-SISA (2018), *Documento SINU-SISA sulla prima colazione*, SINU-SISA, Roma.
Sogari G., Velez-Argumedo C., Gómez M.I., Mora C. (2018), *College Students and Eating Habits: A Study Using An Ecological Model for Healthy Behavior*, «Nutrients», 10(12), pp. 1823. Doi: 10.3390/nu10121823
Soreda P. (2020), *Différence entre collation, goûter et grignotage,* disponibile al sito: https://www.paulinesoreda.com/difference-entre-collation-gouter-et-grigno tage/
Stagi L. (2008), *Anticorpi. Dieta, fitness e altre prigioni*, FrancoAngeli, Milano.
Stagi L. (2010), *Lavori in corpo. Pratiche ed estetiche di identità*, FrancoAngeli, Milano.
Stefler D., Brett D. *et al*. (2021), *Traditional Eastern European diet and mortality: prospective evidence from the HAPIEE study*, «*Eur J Nutr*», 60, pp. 1091-1100.
Stunkard A.J., Sorensen T.I.A. (1993), *Obesity and Socioeconomic Status: A Complex Relation*, «New England Journal of Medicine», 329, pp. 1036-1037.
Sulik G.A. (2009), *Managing biomedical uncertainty: The technoscientific illness identity*, «Sociology of Health and Illness», 31(7), pp. 1059-1076.
Sullivan D.A. (2010), "A social change model of the obesity epidemic", in Mukherjea A., ed., *Understanding Emerging Epidemics: Social and Political Approaches*, Emerald, Bingley.

Swinburn B.A., Kraak V.I., Allender S. *et al.* (2019), *The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report*, «Lancet», Feb., 23, 393(10173), pp. 791-846.
Taveras E.M., Gillman M.W., Kleinman K. *et al.* (2010), *Racial/ethnic differences in early-life risk factors for childhood obesity*, «Pediatrics», Apr., 125(4), pp. 686-95.
Thaler R.H., Sunstein C.R. (2022), *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth and Happiness*, Penguin, London.
The State Council Information Office of the People's Republic of China (2020), *Press briefing for the Report on Chinese Residents' Chronic Diseases and Nutrition*, disponibile al sito: http://www.gov.cn/xinwen/2020-12/24/content_55 72983.htm.
Thermes D. (2018), "Il Paese di Cuccagna tra mito, utopia e politica", in De Castris M., a cura di, *Cibo e società. Una relazione da esplorare*, Roma Tre-press, Roma.
Tompkins C.L., Seablom M., Brock D.W. (2015), *Parental perception of child's body weight: a systematic review*, «Journal of Child and Family Studies», 24(5), pp. 1384-1391.
Tremblay M.S., Barnes J.D., Copeland J.L., Esliger D.W. (2005), *Conquering childhood inactivity: is the answer in the past?*, «Med Sci Sports Exerc.», Jul., 37(7), pp. 1187-94.
Turmel A. (2013), *Une sociologie historique de l'enfance Pensée du développement, catégorisation et visualisation graphique*, Presses Universitaires, Laval.
Turner B.S. (2007), *Body and Society*, «The Blackwell Encyclopedia of Sociology», Feb. 15, pp. 1-4. Doi: 10.1002/9781405165518.wbeosb039
Twaddle A.C. (1982), "From medical Sociology to the Sociology of Health: Some Changing Concerns in the Sociological Study of Sickness and Treatment", in Bottomore T., Nowack S., Sokolowska M., eds., *Sociology: The state of the Art*, Sage, Beverly Hills, CA.
Uisp/Svimez (2021), *Il costo sociale e sanitario della sedentarietà*, «Rapporto finale», pp. 1-148.
UniSalute (2018), *La salute si impara da piccoli*, Unisalute, Bologna.
University of Iowa (2018), *How effective is bariatric surgery?,* «Patient Education», June.
Van der A.D.L., Nooyens A.C., van Duijnhoven F.J. *et al.* (2014), *All-cause mortality risk of metabolically healthy abdominal obese individuals: the EPIC-MORGEN study*, «Obesity», 22(2), pp. 557-564. Doi: 10.1002/oby.20480
Vaughn A.E., Ward D.S., Fisher J.O. *et al.* (2016), *Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research*, «Nutr Rev.», 74(2), pp. 98-117.
Venturino L. (2022), *Luisa Ranieri combatte l'obesità infantile con un cartone animato*, «Dissapore», 11 novembre.
Verduci E., Banderali G., Barberi S. *et al.* (2014), *Epigenetic effects of human breast milk*, «Nutrients», 6(4), pp. 1711-1724. Doi: 10.3390/nu6041711
Villarini A. (2019), "I bambini, il cibo e la salute", in Paltrinieri C., a cura di, *Mangiare a scuola. La rivoluzione della mensa sostenibile che cambierà il mondo*, FrancoAngeli, Milano.
von Hippel P.T., Workman J. (2016), *From Kindergarten Through Second Grade, U.S. Children's Obesity Prevalence Grows Only During Summer Vacations*, «Obesity», Nov., 24(11), pp. 2296-2300. Doi: 10.1002/oby.21613
Walsh J.J., Barnes J.D., Cameron J.D. *et al.* (2018), *Associations between 24 hour movement behaviours and global cognition in US children: a cross-sectional observational study*, «Lancet Child Adolesc Health», Nov, 2(11), pp. 783-791.
Wang C., Wan G., Yang D. (2014), *Income inequality in the people's Republic of China: trends, determinants and proposed remedies*, «Journal of Economic Surveys», 28, pp. 686-708. Doi: 10.1111/joes.12077
Wang Y.C., Vine S., Hsiao A., Rundle A., Goldsmith J. (2015), *Weight-Related Behaviors When Children Are in School Versus on Summer Breaks: Does Income Matter?*, «J School Health», 85, pp. 458-466. Doi.org/10.1111/josh.12274
Watson D. (2019), *Fordism: a review essay*, «Labor History», 60(2), pp. 144-159.
Webster M. (2019), *The cycle of uncertainty: parents' experiences of childhood epilepsy*, «Sociology of Health and Illness», 41(2), pp. 205-218.
Wells J.C. (2011), *The thrifty phenotype: An adaptation in growth or metabolism?*, «Am J Hum Biol», 23, pp. 65-75. Doi: 10.1002/ajhb.21100
Whiting S., Buoncristiano M., Gelius P. *et al.* (2021), *Physical Activity, Screen Time, and Sleep Duration of Children Aged 6–9 Years in 25 Countries: An Analysis within the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2015–2017*, «Obesity Facts», 14, pp. 32-44. Doi: 10.1159/000511263

WHO (1995), *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*, «Report», 854, pp. 161-262.
WHO (2000), *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity*, WHO, Geneva.
WHO (2001), *Controlling the global obesity epidemic*, WHO, Geneva.
WHO (2007a), *Growth reference data for 5-19 years*, WHO, Geneva.
WHO (2007b), *The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response: Summary*, WHO, Copenhagen.
WHO (2010b), *A healthy lifestyle - WHO recommendations*, WHO, Geneva.
WHO (2014), *Monitoring health inequality: an essential step for achieving health equity*, WHO, Geneva.
WHO (2015), *European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020*, WHO, Geneva.
WHO (2016), *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
WHO (2017), *Taking action on childhood obesity*, WHO, Geneva.
WHO (2018a), "*Health in all policies" approach to improve nutrition in Portugal,* WHO, Geneva.
WHO (2018b), *Evaluating implementation of the WHO set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Progress, challenges and guidance for next steps in the WHO European Region*, WHO, Geneva.
WHO (2019a), *Mapping the health system response to childhood obesity in the WHO European Region. An overview and country perspectives*, WHO, Geneva.
WHO (2019b), *Global Action Plan for Physical Activity 2018-2030: more active people for healthier world*, WHO, Geneva.
WHO (2020), *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*, WHO, Geneva.
WHO (2021a), *Noncommunicable diseases*, WHO, Geneva.
WHO (2021b), *Obesity,* WHO, Geneva.
WHO (2021c), *Regional Director congratulates Portugal on progress with COVID-19 vaccination and tackling childhood obesity*, WHO, Geneva.
WHO (2022a), *WHO European Regional Obesity Report 2022*, WHO, Geneva.
WHO (2022b), *Physical activity,* WHO, Geneva.
WHO The World Bank (2017), *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring,* The World Bank, Switzerland.
Wilding J.P.H., Batterham R.L., Calanna S. *et al.* (2021), *Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity*, «N. Engl. J. Med.», 384 (11), pp. 989-1002.
Wilson K.M., Klein J.D., Sesselberg T.S. *et al.* (2006), *Use of complementary medicine and dietary supplements among U.S. adolescents*, «J Adolesc Health.», Apr., 38(4), pp. 385-94. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.01.010
Yajnik C.S., Fall C.H., Coyaji K.J. *et al.* (2003), *Neonatal anthropometry: the thin-fat Indian baby. The Pune Maternal Nutrition Study*, «Int J Obes Relat Metab Disord.», Feb., 27(2), pp. 173-80. Doi: 10.1038/sj.ijo.802219
Zemrani B., Gehri M., Masserey E., Knob C., Pellaton R. (2021), *A hidden side of the COVID-19 pandemic in children: the double burden of undernutrition and overnutrition*, «Int J Equity Health», Jan 22, 20(1), pp. 44.
Zenlea I.S., Thompson B., Fierheller D. *et al.* (2017), *Walking in the shoes of caregivers of children with obesity: supporting caregivers in paediatric weight management*, «Clin Obes.», 7(5), pp. 300-6.
Zenti M.G. (2022), *L'Ospedale Pederzoli è Centro Accreditato SIO per la cura dell'obesità*, disponibile al sito: https://www.ospedalepederzoli.it/ospedale-pederzoli-centro-accreditato-sio-cura-obesita/.

Appendice

ALLEGATO A

MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO (INTERVISTE E FOCUS-GROUP)

Scuola, salute e stili alimentari delle famiglie prima e durante il COVID-19.
Un'analisi sociologica sul territorio riminese

All'interno del percorso di Dottorato di Ricerca in Sociologia e Ricerca Sociale presso il Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia dell'Università di Bologna si sta svolgendo una ricerca sociologica per indagare e comprendere educazione alimentare e stili di vita delle famiglie con figli tra 6 e 11 anni sul territorio riminese anche in relazione all'obesità infantile. La ricerca offrirà una base di conoscenze utili a valutare opportunità e limiti negli stili alimentari e di vita dei bambini al fine di individuare possibili strategie biopedagogiche integrative ma soprattutto preventive rispetto a quelle già in essere, che permettano di sostenere l'*empowerment* delle famiglie inteso come una corretta consapevolezza, percezione e comprensione dello "stare in salute".

Attraverso **la presente intervista narrativa**/**il presente focus-group** si intende confrontarsi, raccogliere opinioni e informazioni, che saranno esaminate e studiate in forma aggregata, senza dar peso a informazioni strettamente personali, fatte salvo solo generiche caratteristiche anagrafiche.
Si garantisce, pertanto, il totale anonimato dei partecipanti.

Con la presente si domanda di consentire l'audio-registrazione, la sua sbobinatura e il conseguente utilizzo della stessa (o di parti di essa) per pubblicazioni ed eventi di natura accademico-scientifica.
Desidero ringraziarla per il suo prezioso contributo e rimango a disposizione per ogni ulteriore informazione o specifica.

Annalisa Plava

Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia Università di Bologna
Strada Maggiore, 45 – Bologna
email: annalisa.plava2@unibo.it
Sito web: https://www.unibo.it/sitoweb/annalisa.plava2/
Cell: xxx xxxxxxx

ALLEGATO B

GRIGLIA OSSERVATIVA

Nome della Scuola: xxx - Classe: xxx
Giorno osservazione: xxx - Orario: xxx
Insegnante referente: xxx

BIOLOGICO MENSA (SI/NO; %)

MATERIE PRIME	
Qualità (da 1 a 10)	
Presenza di frutta e verdura nei menu dei bambini (SI/NO)	
Pane integrale (SI/NO)	
Sale iodato (SI/NO)	
Tempi di preparazione, arrivo e distribuzione (brevi, medi, lunghi)	
Contenitori adeguati (SI/NO)	
Adeguatezza Porzioni (SI/NO)	
Gradimento/Mancato Gradimento del pasto o della singola pietanza da parte dei bambini (SI/NO)	
Diete speciali (SI/NO)	
Destinazione del cibo non somministrato nel rispetto dei principi di cui alla L. 166/2016 (SI/NO)	
MENÙ	
Chi predispone i menù?	
Trasmissione del menù giornaliero/settimanale	
Mancato rispetto del menù	
SCUOLA, PROGETTI, EDUCAZIONE ALIMENTARE	
Promozione di una sana alimentazione/ Educazione alimentare	
Migliorie apportate al piano organizzativo	
Migliorie da apportare all'organizzazione e gestione	
GENITORI/FAMIGLIE	
Ricaduta sulle famiglie relativa a: conoscenza e consumo di cibo BIO	
Coinvolgimento delle famiglie in attività e progetti legati all'alimentazione	
Coinvolgimento delle famiglie durante il pasto a scuola	
OBESITÀ INFANTILE	
Problema di obesità o sovrappeso (SI/NO)	
Percezione a Scuola	
Percezione genitori	
Pre/post Lockdown	

ALLEGATO C
QUESTIONARIO

Scuola, salute e stili alimentari delle famiglie prima e durante il COVID-19. Un'analisi sociologica sul territorio riminese

Le chiediamo di collaborare ad una ricerca sociologica promossa dall'Università di Bologna e dal Comune di Rimini in collaborazione con la sua scuola. Il Suo contributo sarà utile per definire il gradimento dei bambini nell'alimentazione scolastica, degli stili di vita delle famiglie con figli in età scolare (6-11 anni) prima e durante il COVID-19, anche nell'ottica del biorispetto. Le ricordiamo che non ci sono risposte giuste o sbagliate; desideriamo soltanto conoscere le Sue opinioni.
Il questionario è ANONIMO. I dati saranno analizzati in forma aggregata. La ringraziamo fin d'ora per la sua collaborazione!

SCHEDA ANTROPOMETRICA SUA/O BAMBINA/O

1. Genere
- Maschio
- Femmina

2. Età
- 6-7 anni
- 8-9 anni
- 10 anni o più

3. Peso bambino (Kg) ……….
4. Altezza bambino (cm) ……….

SCHEDA ANTROPOMETRICA GENITORE

5. Risponde in qualità di:
- Madre
- Padre
- Tutore
- Altro (specificare) ....

6. Il suo nucleo familiare:
- Monogenitoriale
- Bigenitoriale

7. Età genitore rispondente ……….
8. Peso genitore rispondente (Kg) ……….
9. Altezza genitore rispondente (cm) ……….
10. Nazionalità genitore rispondente
- Italiana
- Straniera (specificare) ……….

10a. Specifica nazionalità straniera genitore rispondente ……….
11. Grado di istruzione Genitore rispondente
- Nessuno
- Licenza elementare
- Licenza media
- Diploma
- Laurea triennale, magistrale o vecchio ordinamento
- Master o Dottorato di ricerca

12. Attualmente Lei è:
- Occupata/o part-time
- Occupata/o full-time
- Disoccupata/o
- Inoccupata/o
- Inattiva/o
- Altro (specificare) ……….

12a. Specifica Occupazione genitore rispondente ……….
(FACOLTATIVE 13-18a)
13. Età Altro Genitore ……….
14. Peso (Kg) Altro Genitore ……….
15. Altezza (cm) Altro Genitore ……….
16. Nazionalità Altro Genitore
- Italiana
- Straniera (specificare) ……….

16a.Specifica nazionalità straniera Altro genitore ……….

17. Grado di istruzione Altro Genitore
- Nessuno
- Licenza elementare
- Licenza media
- Diploma
- Laurea triennale, magistrale o titolo superiore

18. Attualmente l’Altro Genitore è:
- Occupata/o part-time
- Occupata/o full-time
- Disoccupata/o
- Inoccupata/o
- Inattiva/o
- Altro (specificare) ……….

18a.Specifica Occupazione Altro genitore ……….
19. Da quanti anni Lei abita a Rimini?
- Più di 10 anni
- Meno di 10 anni

(OBBLIGATORIA solo se ha risposto meno di 10 anni)
19a.Per quale motivo si è trasferita/o a Rimini? ……….

COLAZIONE E MERENDA

20. Lei fa colazione al mattino?
- Sì
- Raramente
- No (motivare) ……….

(OBBLIGATORIA solo se ha risposto No)
20a.Motivo no colazione ……….
(OBBLIGATORIE 21-22a solo se ha risposto Sì e Raramente)
21.Prima del *lockdown*, dove mangiava, Lei a colazione?
- Casa propria
- Casa non propria (nonni o altro)
- Al bar
- Al sacco (nel tragitto per andare a lavoro o mentre attende di entrare)

21a.Prima del *lockdown*, cosa mangiava, Lei, più frequentemente, a colazione? …
22.Durante l’anno scolastico (in presenza), dove mangia, Lei, a colazione?
- Casa propria
- Casa non propria (nonni o altro)
- Al bar (e a seguito delle misure restrittive al bar d’asporto)
- Al sacco (nel tragitto per andare a lavoro)

22a.Durante l’anno scolastico (in presenza), cosa mangia, Lei, più frequentemente, a colazione?……….
23.Sua figlia/suo figlio fa colazione al mattino?
- Sì
- Raramente
- No (motivare) ……….

(OBBLIGATORIA solo se ha risposto No)
23a. Motivazione no colazione ……….
(OBBLIGATORIE 24-25a solo se ha risposto Sì e Raramente)
24. Prima del *lockdown*, dove mangiava, sua figlia/sua figlio, a colazione?
- Casa propria
- Casa non propria (nonni, babysitter o altro)
- Al bar
- Al sacco (nel tragitto per andare a scuola o mentre attende di entrare)

24a.Prima del *lockdown*, cosa mangiava, sua figlia/sua figlio, più frequentemente, a colazione? ……….
25.Durante l’anno scolastico (in presenza), dove mangia, sua figlia/sua figlio, a colazione?
- Casa propria
- Casa non propria (nonni, babysitter o altro)
- Al bar (e a seguito delle misure restrittive al bar d’asporto)
- Al sacco (nel tragitto per andare a scuola o mentre attende di entrare)

25a.Durante l’anno scolastico (in presenza), cosa mangia, sua figlia/sua figlio, più frequentemente, a colazione? ……….
26.Per la merenda di metà mattina, cosa porta da mangiare, con più frequenza, sua figlia/sua figlio, a scuola?
- dolce
- salato
- nulla

26a.Può specificare il tipo di merenda a cui allude sopra (***es. se ha risposto salato: panino al crudo - se ha risposto dolce: merendina***)? ……….
27.Per la merenda di metà mattina, cosa porta da bere, con più frequenza, sua figlia/sua figlio, a scuola?
- acqua
- succo
- thè confezionato
- nulla
- altro (specificare) ……….

27a. Specifica tipologia di bevanda consumata ……….

LA MENSA SCOLASTICA

28. Sua figlia/sua figlio, a pranzo usufruisce della mensa scolastica?
- Sì
- No (Può motivare la sua risposta?) ……….

(OBBLIGATORIA solo se ha risposto No)
28a. Motivazione no pranzo ……….
(OBBLIGATORIE 29-41 solo se ha risposto Sì, *con salto di domanda*)
29.Per quante volte, in una settimana, sua figlia/sua figlia, usufruisce della mensa scolastica?
- 1 volta a settimana
- 2-3 volte la settimana
- Tutta la settimana

30.Lei è a conoscenza del fatto che le materie prime del servizio mensa sono per la gran parte biologiche?
- Sì
- No

31.Quanto è importante, a suo avviso, che l'alimentazione nelle mense scolastiche sia per la gran parte biologica?
- Molto importante
- Importante
- Poco importante
- Non importante
- Non so

32.Lei sa che i menu proposti variano molto e sono appositamente preparati secondo linee guida ministeriali e regionali?
- Sì
- No

33.Lei è soddisfatto della varietà dei menu proposti?
- Molto soddisfatto
- Soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Non soddisfatto

34.Lei si ritiene complessivamente soddisfatto della QUALITÀ degli alimenti e degli ingredienti utilizzati in mensa?
- Molto soddisfatto
- Soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Non soddisfatto
- Non so, ma mi fido della scuola

35.Lei si ritiene complessivamente soddisfatto della QUANTITÀ degli alimenti e degli ingredienti utilizzati in mensa?
- Molto soddisfatto
- Soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Non soddisfatto
- Non so, ma mi fido della scuola

36.Sua/o figlia/o gradisce le pietanze servite a mensa?
- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente
- Non so

37. A casa le capita di parlare con sua figlia/suo figlio di cosa mangia in mensa?
- Sempre
- Spesso
- Qualche volta
- Raramente
- Mai

37a. Può specificare gli argomenti che sua figlia/suo figlio le riporta, più frequentemente, all'attenzione? ***(es. un particolare cibo apprezzato o non apprezzato, sensibilità verso le nuove modalità di svolgimento della mensa...)***? …….
38. Esprima il suo GIUDIZIO COMPLESSIVO sul pranzo a scuola per come è stato gestito prima del COVID-19:
- Non soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non so

39. Esprima il suo GIUDIZIO COMPLESSIVO sul pranzo a scuola per come è gestito adesso a causa del COVID-19:
- Non soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non so

40. Lei ritiene che il COSTO del servizio mensa sia:
- Basso
- Equilibrato
- Alto

41. È a conoscenza della esistenza di una piattaforma online dove il Comune e il Servizio Ristorazione Mensa forniscono informazioni ai genitori relative ai menu, le diete, le materie prime, le eventuali variazioni al menu nonché molte altre attività di supporto all'educazione alimentare dei bambini?

- Sì
- No

I PASTI A CASA

42.Nel fare la spesa considera maggiormente:

- Qualità del cibo
- Prezzo
- Provenienza
- Altro (Specificare) ……….

42a. Specifica Altre considerazioni nel fare la spesa ……….

43. In famiglia, consumate prodotti biologici?

- Sì, tutti i giorni o quasi
- Almeno una volta alla settimana
- Saltuariamente
- Mai

44. Utilizzate prodotti biologici:

- A prescindere dal servizio mensa scolastico
- Grazie al servizio mensa scolastico

45. In famiglia, consumate prodotti integrali (pasta, pane, farine)?

- Sì, tutti i giorni o quasi
- Almeno una volta alla settimana
- Saltuariamente
- Mai

46. In famiglia, consumate prodotti senza glutine?

- Sì, c'è qualcuno in famiglia celiaco
- Sì, nessuno è celiaco in famiglia ma li utilizziamo perché li consideriamo sani
- Sì, a volte per gusto personale
- No

47. In famiglia, quante volte alla settimana mangiate carne rossa?

- 1-2 volte
- 3-5 volte
- Tutti i giorni
- Mai

48. In famiglia, quante volte alla settimana mangiate carne bianca?

- 1-2 volte
- 3-5 volte
- Tutti i giorni
- Mai

49. In famiglia, quante volte alla settimana mangiate pesce?

- 1-2 volte
- 3-5 volte
- Tutti i giorni
- Mai

50. In famiglia, quante volte alla settimana consumate legumi? (lenticchie, fagioli, piselli, ceci, fave ecc.)

- 1-2 volte
- 3-5 volte
- Tutti i giorni
- Mai

51. A parte il pranzo a scuola, a casa quante volte alla settimana sua/o figlia/o mangia verdura?

- 1-2 volte
- 3-6 volte
- Tutti i giorni
- Mai

52. A parte il pranzo a scuola, a casa quante volte alla settimana sua/o figlia/o mangia frutta fresca?

- 1-2 volte
- 3-6 volte
- Tutti i giorni
- Mai

53. In famiglia, fate attenzione al sale?

- Nessuna attenzione particolare; usiamo il sale secondo il gusto
- Aggiungiamo poco sale a tavola e scegliamo cibi poco salati (facciamo attenzione a formaggi, salumi, pane ecc.)
- Usiamo le spezie per ridurre il consumo di sale

54. In famiglia, fate attenzione allo zucchero?

- Nessuna attenzione particolare; usiamo lo zucchero secondo il gusto
- Cerchiamo di aggiungere poco zucchero e scegliamo cibi poco zuccherati (facciamo attenzione a torte, brioches, caramelle, cioccolatini ecc.)
- Cerchiamo di sostituirli con dolcificanti

55. Sua/o figlia/o quante volte alla settimana consuma bevande zuccherate (coca cola, aranciata, succhi di frutta, thè confezionato)?

- 1-2 volte
- 3-5 volte

- 6 o più volte anche ai pasti
- Mai

56. Quale delle seguenti affermazioni giudica più vicina al suo stile di vita?
- visto che mia/o figlia/o consuma un pasto equilibrato a pranzo, a cena ci concediamo anche prodotti non particolarmente dietetici
- anche se mia/o figlia/o consuma un pasto equilibrato a pranzo, cerchiamo di mantenere uno stile alimentare equilibrato anche a cena

57. L'attenzione verso un consumo di VERDURA DI STAGIONE a scuola ha determinato un maggior consumo anche a casa
- Sì
- No
- Abbiamo sempre consumato molta verdura

58. L'attenzione verso un consumo di FRUTTA DI STAGIONE a scuola ha determinato un maggior consumo anche a casa
- Sì
- No
- Abbiamo sempre consumato molta frutta

59a. Che soluzioni utilizza per invogliare sua/o figlia/o a mangiare cibi che non gradisce molto? ……….

60. Le soluzioni che ha descritto sono efficaci?
- Sì, sempre
- Sì, a volte
- No, mai
- Altro (specificare) ……….

60a. Specifica efficacia soluzioni ……….

61. Dal lunedì al venerdì, durante i pasti a casa, sua/o figlia/o guarda programmi per bambini e/o per adulti in Tv, sul *tablet* e/o sullo *smartphone*?
- Sì, solo programmi per bambini
- Sì, sia programmi per bambini che per adulti
- Sì, programmi che guardiamo anche noi adulti
- No
- Non so

62. Dal lunedì al venerdì, durante i pasti a casa, sua/o figlia/o gioca sul *tablet* e/o sullo *smartphone*?
- Sì, a volte
- Sì, spesso
- Sì, sempre
- No, mai
- Non so

63. Nei festivi, durante i pasti a casa, sua/o figlia/o guarda programmi per bambini e/o per adulti in Tv, sul *tablet* e/o sullo *smartphone*?
- Sì, solo programmi per bambini
- Sì, sia programmi per bambini che per adulti
- Sì, programmi che guardiamo anche noi adulti
- No
- Non so

64. Nei festivi, durante i pasti a casa, sua/o figlia/o gioca sul *tablet* e/o sullo *smartphone*?
- Sì, a volte
- Sì, spesso
- Sì, sempre
- No, mai
- Non so

USO DI STRUMENTI DIGITALI E ATTIVITÀ FISICA

65. Dal lunedì al venerdì, può quantificare quante ore sua/o figlia/o trascorre alla Tv al giorno?
- 0-2 ore al giorno
- 3-4 ore al giorno
- 5 o più ore al giorno

66. Nei festivi, può quantificare quante ore sua/o figlia/o trascorre alla Tv al giorno?
- 0-2 ore al giorno
- 3-4 ore al giorno
- 5 o più ore al giorno

67. Dal lunedì al venerdì, può quantificare quante ore sua/o figlia/o gioca al PC/Tablet/Smartphone/Videogames al giorno?
- 0-2 ore al giorno
- 3-4 ore al giorno
- 5 o più ore al giorno

68. Nei festivi, può quantificare quante ore sua/o figlia/o gioca al PC/Tablet/Smartphone/Videogames al giorno?
- 0-2 ore al giorno
- 3-4 ore al giorno
- 5 o più ore al giorno

69. Attualmente dal lunedì al venerdì, può quantificare quante ore alla settimana sua/o figlia/o fa attività strutturata di educazione motoria:
- Mai
- 2 ore
- 3-4 ore
- 5 o più ore

70. Durante il periodo invernale nel tempo extra scolastico, può quantificare quante ore alla settimana sua/o figlia/o fa attività fisica (camminare, andare in bicicletta, giocare all'aria aperta ecc.):
- 2-4 ore
- 5-7 ore
- 8 o più ore
- Mai
- Non so

71. Durante il periodo primaverile nel tempo extra scolastico, può quantificare quante ore alla settimana sua/o figlia/o fa attività fisica (camminare, andare in bicicletta, giocare all'aria aperta ecc.):
- 2-4 ore
- 5-7 ore
- 8 o più ore
- Mai
- Non so

72. Prima delle misure di contenimento, sua/o figlia/o pratica attività strutturata con un'associazione sportiva?
- Sì
- No

(OBBLIGATORIE 72a-72b solo se ha risposto Sì)
72a.Può specificare lo sport praticato? ……….
72b.Per quante ore settimanali? ……….
73. Ritiene sua/o figlia/o:
- sottopeso
- normopeso
- sovrappeso
- molto in sovrappeso

74. Sua/o figlia/o si è mai sottoposto ad una dieta?
- Sì
- No

(OBBLIGATORIE 75-76a solo ha risposto Sì)
75.Pensando all'ultima dieta seguita da sua/o figlia/o, per quale motivo si è sottoposto alla dieta?
- Per motivi di salute (malattie, allergie, intolleranze)
- Per motivi sportivi
- Per acquisire uno stile di vita più sano
- Per perdere peso

76.Quali tra le seguenti figure ha prescritto la sua dieta?
- Professionista (Pediatra, Dietista, Biologo Nutrizionista, Medico dello sport…)
- Fai da te
- Altro (internet, libri, riviste...) ……….

76a. Specifica altra figura che ha prescritto dieta bambina/o ……….

EDUCAZIONE ALIMENTARE E ALTRI COMPONENTI FAMILIARI

77. È a conoscenza di progetti e laboratori sull'educazione alimentare nella scuola di sua/o figlia/o?
- Sì
- No

(OBBLIGATORIA solo se ha risposti Sì)
78.Vi ha mai partecipato?
- Sì
- No

(OBBLIGATORIA solo se ha risposti Sì)
78a. In che occasione? ……….
79. Pensa che l'educazione alimentare debba avere maggiore attenzione nell'attività scolastica curriculare?
- Sì sarebbe molto importante
- No non è molto importante
- Indifferente

80. I nonni o altri famigliari la aiutano con la crescita dei suoi figli?
- Sì
- No

(OBBLIGATORIE 81-83a solo se ha risposto Sì)
81.Per quanti giorni alla settimana i nonni o altri famigliari si occupano di sua figlia/suo figlio?
- 1-2 giorni
- 3-4 giorni
- 5-6 giorni
- Tutti i giorni

82. In quale dei seguenti momenti della giornata, i nonni o altri famigliari la supportano prevalentemente?
- attività sportiva/tempo libero
- compiti
- spostamenti (accompagnare o riprendere suo figlia/sua figlia a/da scuola o nel tempo libero e/o sportivo)
- pasti (specificare quali) ……….

82a. Specifica pasti con nonni o altri famigliari ……….
83. Le è mai capitato di dover rimproverare uno dei nonni o altri famigliari per aver dato troppo cibo a sua/o figlia/o?
- Sì
- No

83a. Può motivare la sua risposta? ……….

ABITUDINI ALIMENTARI DURANTE I VARI LOCKDOWN

84. Durante il periodo di *lockdown*, le abitudini alimentari della sua famiglia:
- sono rimaste invariate
- sono migliorate
- sono peggiorate

85. Durante il periodo di *lockdown*, quanto tempo ha dedicato alla cucina?
- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

86. Durante il periodo di *lockdown*, i pasti in famiglia erano:
- più attenti ed equilibrati:
- non sempre attenti ed equilibrati
- assolutamente casuali e non equilibrati

87. Durante il periodo di *lockdown*, la mattina Lei ha:
- fatto sempre colazione
- fatto raramente colazione
- iniziato a fare colazione
- saltato la colazione

88. Durante il periodo di *lockdown*, sua/o figlia/o:
- ha mangiato di più
- non ha avuto cambiamenti in relazione al cibo
- ha mangiato di meno
- non sa

89. Durante il periodo di *lockdown*, sua/o figlia/o ha:
- fatto sempre colazione
- fatto raramente colazione
- iniziato a fare colazione
- saltato la colazione

90. Durante il periodo di *lockdown* quale tra le seguenti affermazioni giudica più simile alla condizione vissuta da sua/o figlia/o:
- mia/o figlia/o ha consumato, PIÙ DEL SOLITO, *junk food* (cioccolata, dolci di varia natura, patatine, snack salati e/o bevande gassate o zuccherate) per noia, stress, nervosismo.
- mia/o figlia/o ha consumato, MENO DEL SOLITO, *junk food* (cioccolata, dolci di varia natura, patatine, snack salati e/o bevande gassate o zuccherate) per noia, stress, nervosismo.
- mia/o figlia/o NON ha consumato *junk food* (cioccolata, dolci di varia natura, patatine, snack salati e/o bevande gassate o zuccherate) per noia, stress, nervosismo.

91. Quale tra le seguenti affermazioni giudica più simile alla condizione vissuta da sua/o figlia/o durante il periodo di *lockdown*:
- mia/o figlia/o ha avuto la possibilità di godere di uno spazio esterno (terrazzo, giardino, cortile e in seguito un adulto che lo accompagnasse al parco) ed è stato sempre in movimento
- mia/o figlia/o nonostante avesse la possibilità di godere di uno spazio esterno (terrazzo, giardino, cortile e in seguito un adulto che lo accompagnasse al parco) ha trascorso comunque tutta la giornata in casa
- mia/o figlia/o non ha avuto nessuna possibilità di godere di uno spazio esterno (terrazzo, giardino, cortile e in seguito un adulto che lo accompagnasse al parco) pertanto ha trascorso tutta la giornata in casa

92. *Durante il periodo di lockdown*, sua/o figlia/o ha seguito regolarmente la didattica a distanza?
- Sì, sempre
- Sì, abbastanza
- Poco
- Per nulla

93. *Durante il periodo di lockdown*, sua/o figlia/o ha seguito lezioni di educazione motoria strutturata a distanza?
- Sì
- No

94. Quale tra le seguenti affermazioni giudica più simile alla condizione vissuta da sua/o figlia/o durante il periodo di *lockdown*:
- mia/o figlia/o dedicava più di 3 ore al giorno a Tv, tablet, smartphone, videogames
- mia/o figlia/o dedicava 1-3 ore al giorno a Tv, tablet, smartphone, videogames
- mia/o figlia/o dedicava meno di un’ora al giorno a Tv, tablet, smartphone, videogames
- mia/o figlia/o non si dedicava a Tv, tablet, smartphone, videogames

95. *Durante il periodo di lockdown*, il suo lavoro ha subito cambiamenti importanti?
- Sì (può motivare la risposta) ……….
- No

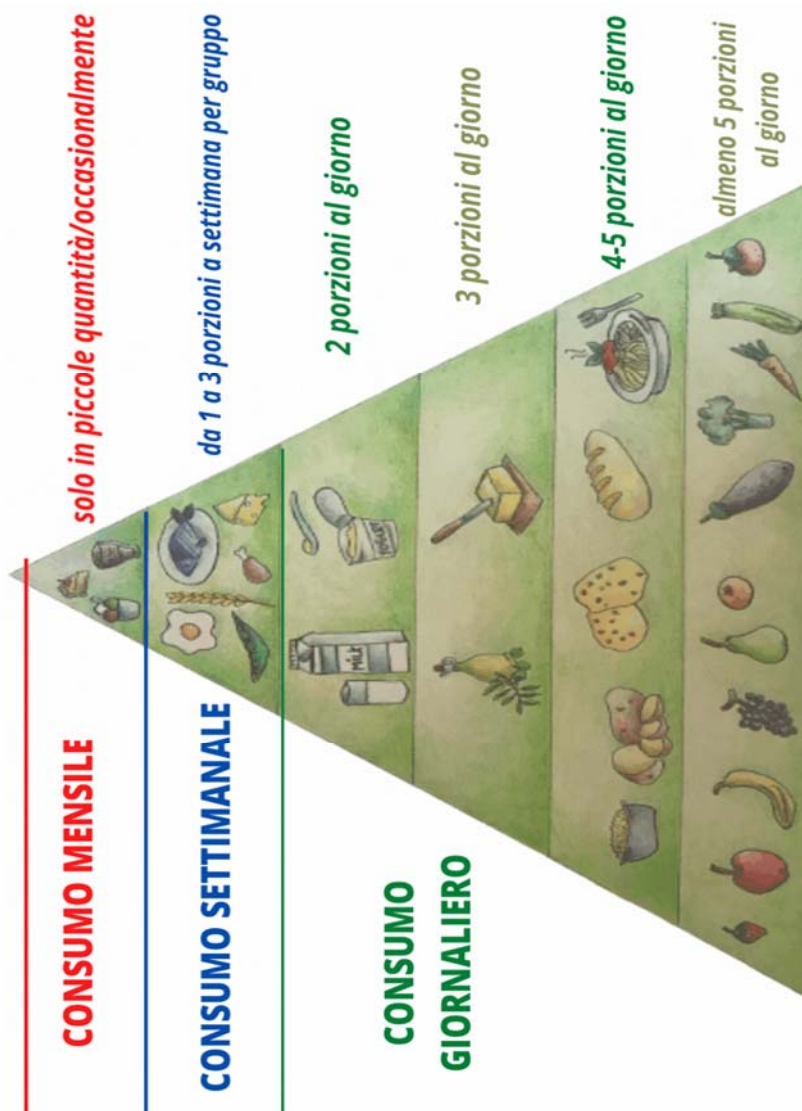
(OBBLIGATORIA solo se ha risposto Sì)

95a. Motivazione cambiamento lavorativo importante ……….

96. Con la riapertura delle scuole e delle mense, le abitudini alimentari di sua/o figlia/o:
- sono peggiorate
- sono restate invariate
- sono migliorate

GRAZIE PER AVER RISPOSTO ALLE NOSTRE DOMANDE!

ALLEGATO D

PIRAMIDE SETTIMANALE E GIORNALIERA DELLO STILE DI VITA ITALIANO[2]

[2] Propria elaborazione. Si ringrazia Ilaria Alpine per l'illustrazione grafica.

bts benessere tecnologia società

L'obesità infantile è un fenomeno endemico, crescente e preoccupante, che può essere ricondotto a cause molteplici e interdipendenti. Si tratta, pertanto, di una delle più grandi sfide del XXI secolo, sia da un punto di vista medico che sociale; infatti, secondo la teoria sociologica del corso di vita, gli anni dell'infanzia e della prima adolescenza influenzano in modo consistente la salute futura di una persona.
Questo volume, sulla scorta di una robusta ricerca empirica condotta a Rimini, evidenzia il ruolo che l'alimentazione e lo stile di vita giocano nei meccanismi che portano all'eccesso di peso tra i bambini della scuola primaria, senza trascurare le dimensioni relative allo stigma, alla percezione del corpo e alla relazione tra popolazione vulnerabile e peso corporeo. In particolare, attraverso una lente sociologica, viene mostrato come politiche educative mirate a stili di vita sani possano indirizzare bambini e famiglie verso un'alimentazione corretta. Allo stesso tempo, vengono individuati i limiti di questi interventi e le modalità attraverso le quali superarli, nella consapevolezza che le istituzioni debbano promuovere la giustizia sociale comprimendo le diseguaglianze e i loro effetti nella vita quotidiana dei bambini.

Annalisa Plava è dottoressa di ricerca in Sociologia e Ricerca Sociale e assegnista di ricerca presso l'Università di Bologna. È stata visiting fellow presso il Centre for Studies and Research in Social Dynamics and Health (CEIDSS) di Lisbona col quale ha collaborato ai progetti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) Portugal e Europe. Insegna Sociologia della salute all'Università di Ferrara. Tra i suoi contributi su questi temi *Stili alimentari e cibo biologico nelle scuole primarie. Un'analisi sociologica a Rimini*, FrancoAngeli, 2023 (con A. Maturo) e *"Covibesity", The Wiley Blackwell Encyclopedia of Sociology*, 2nd edition, (in corso di pubblicazione).